

Psychiatrische Universitätsklinik Basel
(Direktor: Prof. Dr. J. E. Staehelin)

**Entstehungsbedingungen des chronischen Alkoholismus
und Behandlungsergebnisse der Disulfiram-Kur (Antabus)**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät
der
Universität Basel

vorgelegt von
HERBERT ZUBER
von Törbel, VS

1960
Druck von Benno Schwabe & Co.
Basel

1960



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546715_0110

Psychiatrische Universitätsklinik Basel
(Direktor: Prof. Dr. J. E. Staehelin)

Entstehungsbedingungen des chronischen Alkoholismus und Behandlungsergebnisse der Disulfiram-Kur (Antabus)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät
der
Universität Basel

vorgelegt von
HERBERT ZÜBER
von Törbel, VS

1960
Druck von Benno Schwabe & Co.
Basel

Von der Medizinischen Fakultät Basel
genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. J. E. Staehelin
am 5. Dezember 1958

Tag der Promotion: - 5 Dez. 1958



Erscheint gleichzeitig als Nr. 34
der «Beihefte zur Alkoholfrage in der Schweiz»

EINLEITUNG

1949 wurde in der psychiatrischen Klinik Basel die Behandlung des chronischen Alkoholismus mittels Disulfiram eingeführt. In den vergangenen neun Jahren wurden über 500 Patienten einer derartigen Entziehungskur unterzogen, das sind etwa $\frac{3}{4}$ aller erstmals aufgenommenen chronischen Alkoholiker. Beim restlichen Viertel mußte, meist wegen einer somatischen Kontraindikation, selten aus psychischen Gründen auf eine Disulfirambehandlung verzichtet werden.

In früheren Publikationen unserer Klinik (*Stachelin, Solms, Janner* [9, 15, 16, 17, 20]) wurde eingehend über Wesen, Indikationen, Methodik und vorläufige Erfolge der Disulfiramkur berichtet; wir wollen auf eine Wiederholung von bereits Bekanntem verzichten.

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit der Untersuchung und Katamnestizierung der disulfirambehandelten Trinker, die in den Jahren 1953–1956 aus der psychiatrischen Klinik entlassen worden sind. Die Jahre 1949–1952 werden in einer parallel laufenden Arbeit von *H. Solms* beschrieben werden. Trotz der nicht sehr langen Beobachtungszeit von 2–5 Jahren sind die Resultate von Interesse, da sich gezeigt hat, daß bereits nach 1–2 Jahren eine gewisse statistische Konstanz zwischen erfolgreichen und erfolglosen Kuren eintritt.

Von den 249 Alkoholkranken, die in den Jahren 1953–1956 in der psychiatrischen Klinik auf Antabus – dem bei uns gebräuchlichen Disulfirampräparat – eingestellt wurden, sind 204 Patienten Einwohner des Kantons Basel-Stadt. Wir konnten nur von 20 nichtkantonalen Trinkern (total 45) katamnestische Angaben erhalten. Wir haben für den ersten Teil unserer Arbeit, der sich mit der Untersuchung des Patientenmaterials nach verschiedenen psychiatrischen, allgemeinmedizinischen und soziologischen Gesichtspunkten befaßt, alle 224 untersuchten Trinker beigezogen. Im zweiten Teil, der Katamnese, haben wir die nichtkantonalen Patienten nur bei den Totalresultaten verwertet. Bei der Differenzierung der Resultate nach verschiedenen Gesichtspunkten beschränkten wir uns, um ein möglichst zuverlässiges Bild zu erhalten, auf die Einwohner des Kantons Basel-Stadt.

Als Unterlagen dienten uns die Krankengeschichten der psychiatrischen Klinik und Poliklinik, die Aufzeichnungen der Beratungsstelle für Alkoholranke sowie mündliche Erkundigungen bei den Patienten und ihren Angehörigen durch den Alkoholfürsorger unserer Klinik. Ferner haben wir von jedem Kantonseinwohner die Polizeiakten beigezogen.

Es sei vorausgeschickt, was wir unter Alkoholikern verstehen. Wir können uns an die Definition des Fachausschusses für Alkoholismus der Weltgesundheitsorganisation halten, wonach Alkoholiker exzessive Trinker sind, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutliche Störungen in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen;

oder sie zeigen Prodrome einer solchen Entwicklung. Daher brauchen sie Behandlung.

Gerade in unserem Material liegt die Betonung sehr auf der sozialen Störung, sodaß wir in Übereinstimmung mit dem erwähnten Fachausschuß auch gewohnheitsmäßig übermäßige Trinker, die nicht im eigentlichen Sinne süchtig sind (alkoholische Palimpseste, Kontrollverlust, ausgedehnte Rauschzustände) und die noch keine eindeutigen körperlichen oder psychischen Schäden aufweisen, als Alkoholiker bezeichnen, sofern ihre sozialen Beziehungen durch den Alkoholabusus deutlich beeinträchtigt sind.

I. Entstehungsbedingungen des chronischen Alkoholismus

Wir finden unter den 224 untersuchten Fällen 52 Frauen (23 %). Falls bei einzelnen der folgenden Kriterien ein relevanter Unterschied zwischen Männern und Frauen vorhanden ist, wird dies besonders erwähnt. Am Schluß des ersten Teils folgt eine Zusammenstellung derjenigen Gesichtspunkte, bei denen sich wesentliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen.

Elf Männer und eine Frau sind während der Beobachtungszeit gestorben: fünf eines natürlichen Todes, vier durch Suicid (alles Männer) und drei durch Unfall.

Einweisungsart

43 % (Männer 45 %, Frauen 35 %) werden *zwangsweise* in die Klinik eingewiesen, sei es durch den Gerichtsarzt, sei es in einer akuten Alkoholintoxikation oder -psychose durch praktizierende oder Spitalärzte. Über die Hälfte der Patienten tritt *freiwillig* in die Klinik ein, der größere Teil (39 %) allerdings unter dem *Druck* des Gerichtsarztes, des Arbeitsgebers oder der mit einer Scheidung oder Trennung drohenden Ehefrau. Es entschließen sich somit 18 % freiwillig aus eigener Einsicht oder auf Anraten von Freunden oder Angehörigen zu einer Entziehungskur.

Zivilstand

Nach dem Zivilstand geordnet ergibt sich folgendes Bild. In Klammern bringen wir die Durchschnittszahlen der Ehemündigen nach der Volkszählung 1950.

	Männer	Frauen
ledig	26% (23%)	19% (29%)
verheiratet	63% (70,5%)	44% (55%)
verwitwet	— (3,5%)	6% (12%)
geschieden, getrennt	11% (3%)	31% (4%)
davon getrennt	2%	—

Unter den männlichen Trinkern finden wir viermal mehr Geschiedene als in der Durchschnittsbevölkerung, bei den Frauen sogar achtmal mehr. Ein Drittel aller Alkoholikerinnen ist geschieden. Davon hat ein Viertel bereits mehrere Jahre vor der Scheidung getrunken; ein Viertel begann damit während der Scheidungszeit, und die Hälfte lebte bei Beginn der Trunksucht schon mehrere Jahre lang nicht mehr in ehelicher Gemeinschaft.

Beruf

Wir haben in Anbetracht der heutigen sozialen Nivellierung nicht zwischen gelernten und ungelernten Arbeitern unterschieden. Wir trafen folgende Einteilung:

	<i>Männer</i> n: 172	<i>Frauen</i> n: 28
I. Erwerbstätige		
1. Bauarbeiter	20% (5%)	—
2. Fabrikarbeiter und unselbständige Handwerker	53% (44%)	50% (51%)
3. Landarbeiter	2% (1%)	—
4. Gastgewerbe und Reisende	8% (2%)	39% (11%)
5. Büroangestellte	9%	7%
6. Höhere Berufe und selbständig Erwerbende	8%	4%
II. Nicht Erwerbstätige		n: 24
Hausfrauen		46% aller Frauen (56%)

In Klammer setzten wir einige baselstädtische Vergleichszahlen der Volkszählung 1950. Es ergibt sich aus der Zusammenstellung die bekannte erhöhte Gefährdung der Bauarbeiter und der Serviertöchter. Frauen, die im Erwerbsleben stehen, sind etwas mehr gefährdet als Hausfrauen.

Körperbau

Die Konstitutionstypen nach Kretschmer verteilen sich gemäß den Angaben in den Krankengeschichten der Klinik wie folgt:

	<i>Männer</i> n: 172	<i>Frauen</i> n: 52
1. Pyknisch	13%	44%
2. Leptosom-asthenisch	38%	25%
3. Athletisch	29%	12%
4. Dysplastisch und Mischtyp	20%	19%

Nachstehend seien die Vergleichszahlen nach *Gruhle*, *Kretschmer* und *Scheyer* aufgeführt (10).

	<i>Gruhle</i> 118 Männer	<i>Kretschmer</i> ca. 7000 Personen	<i>Scheyer</i> 300 Frauen
1. Pyknisch	12.7%	ca. 20%	48%
2. Leptosom	20.3%	} ca. 45%	47%
3. Athletisch	18.6%		5%
4. Dysplastisch und Mischtyp	48.3%	30–40%	—

Die Vergleichszahlen zeigen, daß dem auffälligen Überwiegen der pyknischen Konstitution bei der alkoholischen Frau keine Bedeutung zukommt. Bemerkenswert ist dagegen der niedrige Prozentsatz der Pykniker bei den männlichen

Trinkern. *Schwab, Saza und Riedl*, die über 4000 Verbrecher untersucht haben, fanden unter ihnen 10–13 % Pykniker, was *Kretschmer* (10) als unter dem Bevölkerungsdurchschnitt liegend betrachtet. Das spreche für die auch von anderen Statistikern beobachtete geringere Kriminalität der Pykniker. Wie wir später sehen werden, sind 44 % unserer männlichen Alkoholiker und 37 % der Trinkerinnen vorbestraft. Die Annahme, daß *Alkoholismus und Kriminalität parallele Erscheinungsformen darstellen, denen gemeinsame Radikale zu Grunde liegen*, würde somit in der Konstitution eine Bestätigung finden. Noch deutlicher werden die Zusammenhänge, wenn wir die vorbestraften den nicht vorbestraften Trinkern gegenüberstellen.

	Vorbestrafte Alkoholiker n: 71	Nicht vorbestrafte Alkoholiker n: 101
1. Pyknisch	11%	15%
2. Leptosom	38%	38%
3. Athletisch	33%	26%
4. Dysplastisch und Mischtyp	18%	21%

Unter den kriminellen Alkoholikern finden wir weniger Pykniker und deutlich mehr Athletiker als unter den nicht vorbestraften. Zum selben Resultat kam *Riedl* bei seinen Gewohnheitsverbrechern.

Beginn des Alkoholismus

Die folgende Aufstellung gibt uns darüber Auskunft, in welchem Alter der Alkoholabusus entstanden ist.

	Männer n: 170	Frauen n: 52
1. vor dem 30. Lebensjahr	66%	46%
2. 31.–40. Lebensjahr	24%	37%
3. 41.–50. Lebensjahr	8%	15%
4. über dem 50. Lebensjahr	2%	2%

Ein Drittel der Männer, dagegen etwas mehr als die Hälfte der Frauen beginnen zwischen dem 30. und dem 50. Lebensjahr zu trinken. Der Trinkbeginn fällt also bei der *Frau* häufiger in die *mittleren Lebensjahre*, die Zeit der auftauchenden, schweren Lebenskonflikte.

Bloß in einem Viertel all jener Fälle, die vor dem 30. Altersjahr übermäßig zu trinken begonnen haben, wird vor dem 30. Jahr eine Entziehungskur durchgeführt. Der Zeitpunkt der Kur dieser Trinker mit frühem Suchtbeginn verteilt sich ziemlich gleichmäßig über alle Altersstufen.

Alter im Zeitpunkt der Kur

In Klammer setzten wir die Altersverteilung der schweizerischen Durchschnittsbevölkerung im Jahre 1950 (22), wobei die Zeitspanne vom 20.–69.

	Männer n: 172	Frauen n: 52
1. unter 30 Jahren	17% (23%)	11% (22%)
2. 31.-40. Jahr	23% (23%)	31% (21%)
3. 41.-50. Jahr	34% (26%)	35% (25%)
4. über dem 50. Jahr	26% (28%)	23% (32%)

Lebensjahr 100 % gleichgesetzt wird. Bei beiden Geschlechtern steht das fünfte Dezennium an erster Stelle. Zwei Drittel der Frauen treten im vierten und fünften Lebensjahrzehnt in die Klinik ein. Wie beim Trinkbeginn sind also auch hier diese mittleren Jahre stärker betont als beim Mann.

Dauer des Alkoholismus

Über die Frage nach der Dauer des Alkoholabusus beim Eintritt in die Klinik gibt uns die folgende Aufstellung Auskunft:

	Männer n: 170	Frauen n: 52
1. unter 1 Jahr	—	1 2%
2. 1-2 Jahre	8 5%	2 4%
3. 2-3 Jahre	8 5%	6 12%
4. 3-5 Jahre	21 12%	8 16%
5. 5-10 Jahre	41 24%	16 31%
6. 10-20 Jahre	42 24%	14 27%
7. 20-30 Jahre	32 19%	3 6%
8. über 30 Jahren	18 11%	2 4%

Zusammengefaßt ergibt sich folgendes Bild :

	Männer	Frauen
1. bis 5 Jahre . . .	1/4	1/3
2. 5-10 Jahre . . .	1/4	1/3
3. 10-20 Jahre . .	1/4	} 1/3
4. über 20 Jahre . .	1/4	

Ein Viertel aller Alkoholiker könnte man als «Frühfälle» mit einer Trinkdauer bis zu fünf Jahren auffassen. Darunter sind zwar mehr junge Trinker anzutreffen als durchschnittlich; immerhin stehen zwei Drittel davon in einem Alter über 30 und 40 % in einem solchen über 40 Jahren. Es sind über die Hälfte Patienten, die zwischen dem 30.-50. Altersjahr zu trinken begonnen haben. Bloß 17 % der Alkoholiker mit einem Trinkbeginn unter dem 30. Lebensjahr kommen innerhalb der ersten fünf Jahre zur Kur. 91 % dieser Frühfälle treten freiwillig in die Klinik, davon allerdings 59 % unter Druck. Überdurchschnittlich viel Frühfälle sind Erleichterungs- und Betäubungstrinker (57 % bei einem Durchschnitt von 39 %). Dieser Trinkertyp, der sich

den Wirkungen des Alkohols viel aktiver überantwortet, gerät innert kurzer Zeit in ernsthafte Konflikte, die ihn schließlich in die Klinik führen.

Die alkoholische Frau kommt rascher in die Klinik, sie kann nicht solange trinken, bis sie sozial derart auffällt, daß sie behandlungsbedürftig wird.

Trinkgewohnheiten und Getränkeart

10 % der Männer sind *Alleintrinker*, die übrigen suchen das Wirtshaus und dessen *Geselligkeit* auf. Dagegen trinkt über die Hälfte der Frauen allein für sich (52 %). Die Frau trinkt viel seltener aus Gewohnheit oder der Geselligkeit wegen; für sie hat der Alkohol meist die Funktion eines Medikamentes, eines «Antidepressivums».

Die *periodischen* und die *typischen Wochenendtrinker* sind bei Männern und Frauen mit dem gleichen Prozentsatz von 18 % vertreten. Die übrigen trinken ohne deutliche Betonung bestimmter Perioden.

Die folgende Tabelle zeigt die vorwiegende, bevorzugte Getränkeart. In Fig. 1 sind die Verhältnisse graphisch dargestellt.

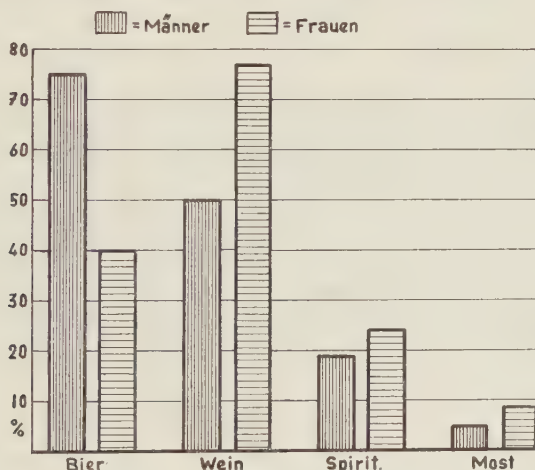


Fig. 1. Vorwiegende Getränkeart

M. Roch (12) fand unter 1000 Alkoholikern, die an der medizinischen Universitätsklinik in Genf untersucht worden sind, bedeutend weniger Biertrinker. 48.7 % seiner männlichen und 44.6 % der weiblichen Alkoholiker trinken Wein; 18.7 % bzw. 11.6 % Bier und 32.6 % bzw. 43.8 % Spirituosen. Nach unserer Basler Statistik trinken Dreiviertel der Männer und 40 % der Frauen Bier; Wein trinken Dreiviertel der Frauen und die Hälfte der Männer. Roch findet unter den Männern bloß 2 % reine Biertrinker, während bei uns ein gutes Drittel praktisch nur Bier trinkt. Die Gruppe der reinen Weintrinkerinnen ist in Basel und Genf etwa gleich groß (Genf 34 %, Basel 40 %).

Männer	Bier	Wein	Spirituosen	Most	Frauen	Total
64 37%	+	—	—	—	5 10%	69 31%
37 21%	+	+	—	—	9 17%	46 21%
13 8%	+	—	+	—	3	16 7%
4	+	—	—	+	1	5
8	+	+	+	—	3	11 5%
2	+	+	—	+	—	2
1	+	+	+	+	—	1
29 17%	—	+	—	—	21 40%	50 22%
9	—	+	+	—	6	15 7%
1	—	+	—	+	1	2
2	—	—	+	—	1	3
1	—	—	—	+	2	3
171 Männer:	129	87	33	9		223
	75%	50%	19%	5%		
52 Frauen:	21	40	13	6		
	40%	77%	25%	12%		
Total:	150	127	46	15		
	67%	57%	21%	7%		

Beim Vergleichen der Basler und Genfer Werte muß allerdings die Einschränkung gemacht werden, daß wir nach der vorwiegenden Getränkeart gefragt haben, Prof. Roch dagegen alle Alkoholika, die getrunken wurden, vermerkt hat.

Das Überwiegen des Weinkonsums im «gallischsten» Kanton der Schweiz fällt nicht weiter auf; dagegen erstaunt es, daß in unserem Basler Material die Spirituosen nur halb so stark vertreten sind wie in Genf. Vielleicht werden bei uns weniger Apéritifs getrunken; der bloß akzidentelle Spirituosenkonsum wurde anderseits in unserer Statistik nicht erfaßt. Vor allem aber scheint es sich beim Spirituosenmißbrauch viel mehr um einen «stillen Alkoholismus» zu handeln, der weniger häufig zur sozialen Auffälligkeit führt.

Trinkursachen

Alle Patienten werden gefragt, warum und wozu sie trinken. Man muß sich klar sein, daß die Antworten oft aus einer Verlegenheit heraus gegeben werden, und daß sich viele Trinker der eigentlichen tieferen Ursachen ihrer Sucht nicht oder nur teilweise bewußt sind.

Die Ursachen des chronischen Alkoholismus wurden von sehr verschiedenen Gesichtspunkten aus untersucht, was zur Folge hatte, daß ebensoviele verschiedene Trinkertypen aufgestellt wurden. Aus dieser Tatsache läßt sich bereits ersehen, wie vielschichtig, komplex und ungeklärt die Entstehungsbedingungen der Trunksucht sind. Es ist charakteristisch für all diese verschiedenen Unterteilungen, daß mit Hilfe einer jeden nur ein Teil der Trinkertypen klar definiert werden kann, während der beträchtliche Rest unserem Verständnis nur in ungenügendem Maße näher gerückt ist. Eine Einteilung

soll möglichst auf kausalen und nicht bloß auf beschreibenden Gesichtspunkten beruhen und zwar soll sich die Typisierung nach der hauptsächlichsten Teilkausalität richten, die von Typ zu Typ auf ganz verschiedenen Ebenen liegen kann. Wir wollen in diesem Kapitel nach jenen *ursächlichen Faktoren suchen, die zum Alkoholismus führen, und nicht nach jenen, die den Trinker in der Sucht festhalten.*

Je nach dem Ausmaß, wie äußere Umstände oder persönliche Eigenschaften an der Genese des Alkoholismus beteiligt sind, spricht man von vorwiegend *exogenen* oder *endogenen* Trinkern.

Dukor stellte ein Schema zur Genese der Giftsuchten auf (14). Als generelle Grundlagen der Sucht bezeichnet er die Tendenz nach einer Korrektur der Realität, den Drang nach Wiederholung erlebter Lust, das Bedürfnis nach Bekämpfung der zugleich mit der Lust erzeugten Unlust (Kater, Vergiftungs- und Abstinenzerscheinungen) und die das Süchtigwerden begünstigenden Charakterveränderungen. An individuellen Charakterveränderungen unterscheidet *Dukor* 1. äußere (exogene) Umstände wie Beruf, ökonomische Verhältnisse, familiäres und gesellschaftliches Milieu, Modeeinflüsse, staatliche Umwelt und besondere Erlebnisse (Verführung, Sorgen) und 2. persönliche (endogene) Eigenschaften in Form einer individuellen Reaktionsweise auf das Gift sowie der verschiedenen charakterologischen Eigenarten der Süchtigen.

Wenn auch bei allen Trinkern viele, ja die meisten der zitierten Faktoren von Bedeutung sind, so steht doch oft eine Entstehungsbedingung derart im Vordergrund, daß sie das Gewicht einer wesentlichen Ursache bekommt, die den Alkoholismus des betreffenden Trinkers einigermaßen befriedigend erklärt. So gewinnen Trinksitten und Beruf, Verführung und Dummheit eine wesentliche ursächliche Bedeutung für das Entstehen des Alkoholismus beim exogenen, unkomplizierten Gewohnheitstrinker, der während langer Zeit weder psychisch noch sozial auffällt und höchstens durch die charakterlichen Alkoholschäden mit der Sozietät in Konflikt kommt; meist wird er nur wegen seiner somatischen Schäden behandlungsbedürftig. Dieses *reine Opfer der Trinksitten* ist unter den Alkoholkranken einer psychiatrischen Klinik *relativ selten* zu finden. Unter die exogenen Trinker fällt auch jene nicht sehr große Gruppe von psychisch Gesunden, die wirklich durch übermäßige Konflikte und Sorgen ins Trinken geraten sind.

Die *persönlichen, endogenen Voraussetzungen* zur Trunksucht stehen bei unserem klinischen Material eindeutig im Vordergrund. Hierunter fallen einmal jene Trinker mit einer angeborenen oder – meist infolge eines Schädeltraumas – erworbenen *Alkoholintoleranz*. Als endogene, allerdings umstrittene Trinkursachen wären auch gewisse *Stoffwechselstörungen* aufzufassen. *Bleuler* (2) fand bei 30 % seiner untersuchten Fälle unverkennbare leichte endokrine Störungen und in weiteren 13 % Verdachtsgründe für leichte endokrine Veränderungen. Französische Psychiater beobachteten bei Alkoholikerinnen in einem Viertel der Fälle endokrine Störungen, die zum Teil schon vor dem Alkoholabusus bestanden haben.

Unter den persönlichkeitsgebundenen Faktoren interessieren uns nun vor allem die *charakterologischen Eigenarten* der Alkoholiker. *Staehelin* (18) hat

diese charakterlichen Eigenschaften der Trinker, insofern sie eine Voraussetzung zum Süchtigwerden bilden, beschrieben. Gefährdet sind danach einerseits *primitive Genußmenschen und hypomanische, oberflächliche, willensschwache, infantile* Persönlichkeiten, anderseits *entäußerungsgehemmte, selbstunsichere Dysphoriker* und schließlich *Neurotiker, Psychopathen und Psychotiker*, die versuchen, im Reizstadium des Rausches ihre innere Zerrissenheit zu überbrücken und sich in einer urwüchsigen Entfesselung als vollwertige, einheitliche, schöpferische Menschen zu fühlen, oder im Lähmungsstadium ihre unerträglich gewordenen inneren Spannungen zu betäuben. Das Wissen um die zur Sucht disponierende psychische Konstitution des Trinkers bestimmt unser Verhalten dem Süchtigen gegenüber und erweitert die Möglichkeiten der Prophylaxe und der Therapie.

Die der Beschreibung dieser zur Sucht disponierenden Charaktereigentümlichkeiten zunächstliegende Frage ist die nach der *Genese dieser Eigenschaften*. Drei Viertel unserer Alkoholiker sind psychisch auffällig und ein Drittel psychopathisch; neurotisch im engeren Sinne dagegen nur 5 %. *Bleuler* faßt Psychopathien und Neurosen als «*abnorme Persönlichkeitsentwicklungen*» zusammen. Nehmen wir dazu noch die «*abnormen Entwicklungen*» *Binders* als mehr in der näheren Vergangenheit liegende psychoreaktive Störungen auf chronische Lebenskonflikte, so haben wir es also zusammenfassend einerseits mit *konstitutionell angeborenen Eigenschaften* zu tun, anderseits mit all jenen chronischen Unangepaßtheiten und Störungen des Verhaltens und der Lebensführung, die hervorgehen aus einer inneren Fehleinstellung und Reaktionsbereitschaft, die sich ihrerseits meist als *Folge früherer gestörter zwischenmenschlicher Beziehungen* entwickelt hat.

Es mag vorweggenommen werden, daß etwa die Hälfte der chronischen Alkoholiker eine *grob gestörte Kindheit* haben. Warum sind dann nur 5 % Neurotiker im engeren Sinne? Der Neurotiker wird daran erkannt, daß er bekannte neurotische Symptome aufweist oder an inneren Spannungen leidet, die dadurch entstanden sind, daß dringende Ansprüche wichtiger Teile seiner Persönlichkeit unbefriedigt geblieben und abgespalten sind. Nun ist aber gerade der Süchtige im allgemeinen dadurch gekennzeichnet, daß er «*spannungsintolerant*» ist oder geworden ist. Ein gewisser psychischer Spannungsabfall ist lebensnotwendig und die Voraussetzung für eine produktive Betätigung. Der Süchtige neigt nun dazu, ein kaum entstandenes, an und für sich oft nicht abnorm großes psychisches Potential kurzschlußartig, sozusagen ohne das «*Gefälle*» für eine positive Leistung auszunutzen, mit Hilfe seines Suchtmittels wieder auszugleichen.

Aus dem Fehlen von neurotischen Spannungszuständen kann nicht gefolgert werden, daß kein kausaler Zusammenhang besteht zwischen einer festgestellten, schwer traumatisierenden Kindheitssituation und der gegenwärtigen Verhaltensstörung, wie sie u.a. durch die in der Sucht sich äußernde «*Spannungsintoleranz*» dargestellt wird. Eine solcherart postulierte «*spannungslose*» Neurose würde wohl dem Begriff der Charakterneurose am nächsten kommen,

sodaß wir die Trinker, bei denen ein derartiger Kausalzusammenhang zu bestehen scheint, als *Trinker mit charakterneurotischen Zügen* bezeichnen wollen. Die reine Flucht vor der Spannung charakterisiert vor allem den nicht-alkoholischen Toxikomanen, der deshalb als leer und entkernt imponiert. Der Alkoholiker sucht außer dieser *Ent-spannung* mit oft gleicher Intensität, und zwar nicht nur im Rausch, die *An-spannung*, ein volles Gefühl von Vitalität und Kraft. Er liebt meist den massiven Affekt und die Leidenschaftlichkeit. Die das Affektleben und das Unbewußte lockernde bis aufwühlende Wirkung des Alkohols hat dem Wein, dem dionysischen Getränk, den Ruf verschafft, schöpferische Kräfte im Menschen zu wecken.

Wir sind damit bei einem weiteren Einteilungskriterium der Trinker angelangt, beim *Trinkzweck*. Wozu wird getrunken? *Staehelin* unterscheidet, wie oben bereits angedeutet, *Genuß-, Erleichterungs-, Rausch- und Betäubungstrinker*, oder schematischer ausgedrückt, der Trinkzweck kann bestehen in *Lustgewinn* oder *Unlustverminderung*. Primitive, hypomanische, oberflächliche, willensschwache und infantile Persönlichkeiten suchen meist die Euphorie und die Steigerung einer an sich unbeschwerten Stimmung und bilden damit das Gros der Genußtrinker. Gehemmte, schwerblütige Temperamentsabnorme streben eher nach Erleichterung, Psychopathen und Neurotiker mehr nach den quantitativ übersteigerten Formen des Genusses und der Erleichterung: nach Rausch und Betäubung.

Suchen wir, die Alkoholiker nach diesen Gesichtspunkten einzuordnen, so werden wiederum die exogenen, unkomplizierten, primitiven Genußtrinker sowie die exogenen Erleichterungs- und Betäubungstrinker, die wegen eines bewußten, abnorm schweren Konfliktes psychoreaktiv im Alkohol Zuflucht suchen, klar umschrieben und die Genese ihrer Sucht wird verständlich. Ein Großteil der Trinker gibt jedoch als Trinkmotiv äußere Konflikte an, die nicht als außergewöhnlich oder als abnorm schwer bezeichnet werden können, oder die als Folge der Trunksucht aufgefaßt werden müssen. Andere wieder wissen im Grunde nicht, warum und zu welchem Zweck sie trinken, oder sie trinken aus einem unklaren Drang sowohl des Lustgewinnes wie der Unlustverminderung wegen. Bei all diesen Alkoholikern ist eine Einteilung nach dem Trinkzweck als einem beschreibenden Gesichtspunkt zwar wertvoll, der Trinkzweck hat aber hier nicht wie bei den unkomplizierten Genußtrinkern oder den psychoreaktiven Erleichterungstrinkern die Bedeutung einer plausiblen Zweckursache. Bei diesen unklaren Fällen muß weiter nach anderen Hintergründen der Sucht geforscht werden. Um die Rolle manifester oder verborgener abnormer Persönlichkeitsentwicklungen in der oben dargelegten Bedeutung abzuklären, haben wir untersucht, wie das *kindliche Milieu* unserer Trinker beschaffen war und nach *aktuellen Konflikten in Familie und Beruf* gefragt, jedoch nur insofern diese als *Ursache* und nicht als Folge des Trinkens zu erkennen waren.

Die Untersuchung der Entstehungsbedingungen des Alkoholismus erfolgte somit nach folgenden Gesichtspunkten:

1. Inwieweit sind exogene oder endogene Faktoren am Entstehen der Sucht beteiligt?
2. Besteht der Trinkzweck in Lustgewinn oder in Unlustverminderung?
3. Bestehen schwere Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen in der Kindheit, welche die Grundlage hätten abgeben können für charakter-neurotische Fehlentwicklungen?
4. Bestehen grobe Störungen im jetzigen familiären Milieu oder im Beruf, die offen oder verkappt auf psychoreaktivem Wege zu einer Mitursache der Sucht geworden sind?

Auf eine Untersuchung der Verhältnisse in der Kindheit, in der jetzigen Familie und im Beruf folgt ein Versuch, all diese verschiedenen Kriterien miteinander in Beziehung zu bringen, in der Hoffnung, näher an jene beträchtliche Anzahl von Alkoholikern, deren Trinkursachen im Dunkeln liegen, heranzukommen.

Bei der Besprechung des sozialen Verhaltens und der Nebendiagnosen werden wir später auf weitere Entstehungsbedingungen des Alkoholismus stoßen.

Wir kamen bei unserem untersuchten Material zu folgenden Resultaten:

a) *Vorwiegende Trinkursachen*

	Männer	Frauen
1. exogen	38%	27%
2. endogen	12%	12%
3. gemischt	50%	61%

Bei $\frac{2}{3}$ der Männer und bei $\frac{3}{4}$ der Frauen wirken somit endogene, persönlichkeitsgebundene Faktoren betont bei der Entstehung des Alkoholismus mit.

b) Nach dem *Trinkmotiv* trafen wir folgende Einteilung:

	Männer	Frauen
1. normaler Genußtrinker	18%	2%
2. abnormer Genußtrinker	50%	33%
3. Erleichterungs- und Betäubungstrinker . .	32%	65%

Als *abnorme Genußtrinker* bezeichnen wir jene irgendwie psychisch auffälligen Alkoholiker, die zwar meist auch der Euphorisierung wegen zu trinken angeben, die aber doch nicht in die Gruppe der syntonen Genußtrinker passen und bei denen man größtenteils den Eindruck gewinnt, daß ihre eigentlichen Trinkmotive im Dunkeln liegen. Wir werden später auf diese unklare Mittelgruppe zurückkommen.

Untersuchung des Kindheitsmilieus

Wir unterscheiden vorerst summarisch ein günstiges, genügendes und gestörtes Kindheitsmilieu und gehen dann detailliert auf die Störungen ein.

Kindheitsmilieu	Männer	Frauen
1. günstig	11%	23%
2. genügend	46%	33%
3. gestört	43%	44%

Analyse der männlichen (73) und weiblichen (23) Alkoholiker mit gestörter Kindheit

(Die Prozentzahlen beziehen sich auf das Total aller Alkoholiker)

	Männer n: 172 n %		Frauen n: 52 n %		Total n: 224 n %	
I. Unvollständige Familie						
1. Uneheliche Herkunft	4	2.3	2	3.9	6	2.7
2. Mutterwaisen	5	2.9	4	7.7	9	} 10
3. Vaterwaisen	8	4.7	5	9.6	13	
4. Vollwaisen	1	0.6	—	—	1	
5. Scheidungskind bei Mutter	2	1.2	4	7.7	6	2.7
6. Scheidungskind bei Vater	2	1.2	—	—	2	1
7. Trennungskind	3	1.7	—	—	3	1.3
Total I	25	14.5	15	32.9	40	18
II. Erziehung außerhalb der elterlichen Familie						
1. Pflege- und Verdingkinder	16	9.3	4	7.7	20	9
2. Adoptivkinder	—	—	1	1.9	1	0.5
3. Heimkinder	9	5.2	3	5.8	12	5.4
4. Erziehung durch Großeltern	5	2.9	1	1.9	6	2.7
Total II	26	15.1	8	15.4	34	15.2
III. Störungen innerhalb der Familie						
1. Vater Alkoholiker	48	28	7	13	55	24.5
2. Mutter Alkoholika	8	4.7	1	1.9	9	4
3. Mutter liederlich	7	4.1	3	5.8	10	4.5
4. Gestörte Vaterbeziehung	12	7	4	7.7	16	7.2
5. Gestörte Mutterbeziehung	5	2.9	3	5.8	8	3.6
6. Ein Stiefelter	3	1.7	4	7.7	7	3.2
7. Schlechte Ehe der Eltern	6	3.5	3	5.8	9	4
Total III	65	37.8	17	32.8	82	37

Die Totalprocente entsprechen nicht der Summe der einzeln aufgeführten Punkte, weil die Kindheit meist vielseitig gestört ist.

Wir versuchten, diese Daten mit Durchschnittszahlen unserer schweizerischen Bevölkerung zu vergleichen.

I. Unvollständige Familien

Die *unehelichen* Geburten bewegen sich durchschnittlich für die ganze Schweiz um 3.6%. In städtischen Verhältnissen ist der Prozentsatz etwas höher und beträgt etwa 5% (1).

Es fehlen Angaben über die Häufigkeit von Waisen- und Scheidungskindern für die Gesamtbevölkerung. Von unseren männlichen Trinkern sind 8.2%, von den weiblichen sogar 17.2% Halb- oder Vollwaisen. 2.4% der alkoholischen Männer und 7.7% der Frauen sind Scheidungskinder. *Frey* (6) findet an einem schweizerischen Material bei 160 Frühkriminellen 12.5% Halbweisen und 18.2% Scheidungskinder. Er nimmt wohl mit Recht an, daß diese Prozentsätze höher sind als in unserer Gesamtbevölkerung. Der Anteil an Waisen bei unseren Trinkerinnen ist also sicher erhöht. Daß ein Drittel aller Alkoholikerinnen aus unvollständigen Familien stammt, ist gewiß auch über dem Durchschnitt. Dieser Prozentsatz liegt bei den Frauen doppelt so hoch als bei den Männern.

Für Deutschland fand *Hoffmann* (8) in einer normalen Kontrollgruppe (n: 3200) 3.3% Voll-, 5.4% Mutter- und 20.4% Vaterwaisen. Der größte Teil der letzteren sind natürlich Kriegswaisen. Scheidungskinder findet er in seiner Kontrollgruppe 4.3%.

II. Erziehung außerhalb der Familie

9% der alkoholischen Männer und Frauen sind Pflege- und Verdingkinder und 5.4% sind Heimkinder. Für das Nachkriegsdeutschland liegen die Zahlen nach *Hoffmann* folgendermaßen: Pflegekinder: 5%; Heimkinder: 2.3%; somit etwa halb so viel wie in unserem Material. Für die Schweiz läßt sich ein Durchschnitt nur indirekt annähernd ermitteln. 1930 wurde von *A. Wild* (24) die Gesamtzahl der Pflegekinder in der Schweiz auf 45 000 geschätzt. Von der runden Million 0–14-jährigen des Jahres 1930 macht diese Zahl 4.5% aus (22). Unsere Patienten verbrachten von den ersten 14 Lebensjahren durchschnittlich 8.5 Jahre in einer Pflegefamilie. Bringen wir den Koeffizienten 8.5:14 in Beziehung zum gefundenen Wert von 9%, so kommen wir auf 5.5%; d.h. in einem beliebigen Zeitpunkt hätten sich durchschnittlich 5.5% unserer Trinker in einer Pflegefamilie befunden. Die Differenz von 1% zur *Wildschen* Schätzung (4.5%) wird nicht relevant sein.

Die durchschnittliche Häufigkeit von Heimkindern haben wir in analoger Weise zu schätzen versucht. 1930 waren 0.6% aller 0–14-jährigen in Waisenhäusern untergebracht und 1.2% in Anstalten für Schwererziehbare. In sämtlichen Anstalten für Jugendliche – Anstalten für Schwachsinnige inbegriffen – befanden sich 2.2%. Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in Heimen von 8.9 Jahren kommen wir bei unserem Material auf einen Prozentsatz von 3.5%. Zieht man in Betracht, daß die meisten unserer Patienten in Waisenanstalten untergebracht waren, so ist dieser gefundene Wert sicher deutlich höher als in der Durchschnittsbevölkerung.

III. Gestörtes Milieu im Elternhaus

Hier wären Vergleichszahlen besonders wertvoll; leider ist aber nicht bekannt, wie die Verhältnisse in der Durchschnittsbevölkerung liegen. Es sei bloß erwähnt, daß 29% der 160 Frühkriminellen *Freys* aus Trinkerfamilien stammen, also ziemlich genau derselbe Prozentsatz wie bei unseren Trinkern.

Wir haben nur die groben, routinemäßig bei der Exploration erhobenen Störungen des kindlichen Milieus erfaßt. Bei genauerer Untersuchung würden sich wohl noch viele Patienten, die unter «genügende Kindheit» gehen, als «gestört» offenbaren.

Fassen wir zusammen, so ergibt sich aus unseren Darlegungen, daß eine Störung der zwischenmenschlichen Beziehungen in der Jugend bei Trinkern erheblich häufiger ist als in der Durchschnittsbevölkerung.

In teilweiser Übereinstimmung mit unseren Resultaten kamen *französische Psychiater* bei Trinkerinnen zu folgenden Ergebnissen:

- | | |
|---|-----|
| 1. Alkoholismus der Eltern | 29% |
| 2. außerhalb der Familie oder unter schädigenden Einflüssen
aufgewachsen | 19% |
| 3. Ehemann Trinker | 35% |
| 4. gestörtes Familien- und Eheleben | 50% |

Bleuler (2) fand bei Alkoholikern ebenfalls eine auffällige Häufung ungünstiger Erziehungsbedingungen (unvollständige Familie, ungünstige Kind-Elternbeziehung verschiedener Art, Kontakt mit alkoholischen und seelisch abnormen Angehörigen).

Jetziges familiäres Milieu

Wie bereits betont, haben wir von den familiären Störungen, die als Folge der Trunksucht aufgetreten sind, abgesehen. In den folgenden Zahlen werden nur schwere Beeinträchtigungen des ehelichen und familiären Lebens, die an der *Genese* des Alkoholismus mitbeteiligt waren, berücksichtigt, wie eheliche Untreue, Alkoholismus des Partners sowie sonstige schwere Zerwürfnisse.

Familiäres Milieu	Männer	Frauen
1. günstig	16%	5%
2. genügend	41%	16%
3. gestört	38%	79%

Es ist aufschlußreich, wie die Güte bzw. Störung des jetzigen familiären Milieus korreliert mit dem kindlichen Milieu. Fig. 2 zeigt diese Zusammenhänge. Von allen Patienten mit gestörter Kindheit haben nur 8 % jetzt günstige Familienverhältnisse, dreimal weniger als bei günstigem Kindheitsmilieu.

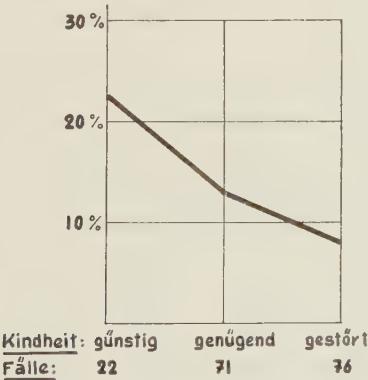


Fig. 2. Abhängigkeit günstiger jetziger familiärer Verhältnisse vom Kindheitsmilieu

In der nachstehenden Tabelle sind jene Konfliktsituationen innerhalb des familiären Milieus, deren – vom Patienten angegebene – Teilkausalität für die Genese des Alkoholismus plausibel erschien, detailliert aufgeführt.

Familiäre Konflikte als Teilursache des Alkoholismus

(Die Prozentzahlen beziehen sich auf das Total der Alkoholiker)

	Männer n: 141	Frauen n: 43	Total n: 184
1. Ehegatte (Konkubine) alkoholisch	5 4%	19 44%	24 13%
2. Bei ledigen Patienten wohnende Angehörige alkoholisch	1 1%	—	1 1%
3. Konflikte infolge psychischer Abnormität der Ehegatten	16 11%	9 21%	25 14%
4. Konflikte infolge psychischer Abnorm. der Angehörigen von Ledigen	4 3%	—	4 2%
5. Konflikte infolge unangepaßter Reaktionen der Ehegatten auf den Alkohol des Patienten	9 6%	—	9 5%
6. Konflikte infolge primärer sexueller Unangepaßtheit (Frigidität, Ablehnung)	12 8%	—	12 7%
7. Konflikte infolge ehelicher Untreue des Partners	10 7%	3 7%	13 7%
8. Konflikte infolge Kriminalität des Partners	1 1%	1 2%	2 1%
9. Konflikte infolge ungünstigem Einfluß von Angehörigen	3 2%	2 5%	5 3%
10. Eheschwierigkeiten nach Mußheirat	4 3%	—	4 2%
11. Ehezerrüttung mit beidseitiger Schuld	5 4%	1 2%	6 3%
12. In Trennung lebend	5 4%	—	5 3%
13. Im Konkubinat lebend	4 3%	8 19%	12 7%
14. Konflikt infolge Kinderlosigkeit	—	1 2%	1 1%
Total	53 38%	34 79%	87 47%

Berufliches Milieu

Stellen wir noch die Störungen der beruflichen Situation zusammen (Stellenverlust, mißliche Arbeitsverhältnisse etc.). Hier ist es kaum möglich, zwischen Ursache und Wirkung zu unterscheiden.

Berufsmilieu	Männer	Frauen
1. günstig	19%	7%
2. genügend	37%	36%
3. gestört	44%	57%

Bei 68 % der Männer bzw. 79 % der Frauen ist entweder das jetzige familiäre oder das berufliche Milieu gestört.

Untersuchung der Trinkertypen

Die folgenden Tabellen zeigen uns, wie sich unser Material in die Untergruppen, die sich aus der Einteilung nach den beiden Gesichtspunkten des Trinkzweckes und der Entstehungsart des Alkoholismus ergeben, einordnen läßt.

Männer n: 172	exogen	gemischt	endogen
Normaler Genußtrinker	13%	5%	—
Abnormer Genußtrinker	21%	27%	2%
Erleichterungs- und Betäubungstrinker .	4%	18%	10%
Frauen n: 52	exogen	gemischt	endogen
Normale Genußtrinkerin	2%	—	—
Abnorme Genußtrinkerin	12%	17%	4%
Erleichterungs- und Betäubungstrinkerin	13%	44%	8%

Exogene, normale Genußtrinker sind in unserem klinischen Material nicht häufig: bei den Männern 13 %, bei den Frauen praktisch gar keine (eine Frau von 52). Dank ihrer psychischen Gesundheit gelingt es diesen Trinkern meistens, sich den Anforderungen der Sozietät derart anzupassen, daß kein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik notwendig wird.

Diese Trinker kommen meist erst in fortgeschrittenen Stadien in die Klinik oder werden überhaupt nur vom Internisten gesehen. 41 % der normalen Genußtrinker kommen erst nach über 20jährigem Alkoholabusus in die Klinik (Durchschnitt 25 %).

Die exogenen Erleichterungstrinker sind mit 4 % bei den Männern selten, bei den Frauen mit 13 % schon häufiger. Die endogenen Erleichterungstrinker entsprechen dem Typ des endogenen Verstimmungstrinkers. *Arnold* und *Rotter* fanden bei ihrem Material in der Heilanstalt Steinhof 15 % Trinker mit endogenen, depressiven Verstimmungen.

Aus den folgenden Kurven ist ersichtlich (Fig. 3 und 4), daß 75 % aller normalen Genußtrinker aus vorwiegend exogenen Gründen trinken; beim restlichen Viertel wirken in etwa gleichem Maße noch persönliche Faktoren mit. Nach Fig. 3 trinken 60 % der Erleichterungstrinker aus endogen-exogen gemischten Gründen. Bei 75 % dieser Gruppe wirken endogene Momente mit.

Untersuchen wir die Beziehungen zwischen den verschiedenen, nach Trinkursache und Trinkzweck eingeteilten Alkoholikertypen und dem Grad der Störung des kindlichen sowie des aktuellen Milieus, so gewinnen wir einige weitere Einblicke in die Genese der Alkoholsucht.

Der rein endogene, in diesem Fall konstitutionelle Faktor zeigt, wie zu erwarten, keine Abhängigkeit von der Kindheit oder von der momentanen familiären und beruflichen Situation. Dagegen wird der exogen-endogen gemischte männliche Trinker um so häufiger, je gestörter das familiäre oder berufliche Milieu sind. Die entsprechende Trinkerin, die sowohl aus exogenen wie aus endogenen Gründen trinkt, nimmt mit zunehmender Störung des kindlichen

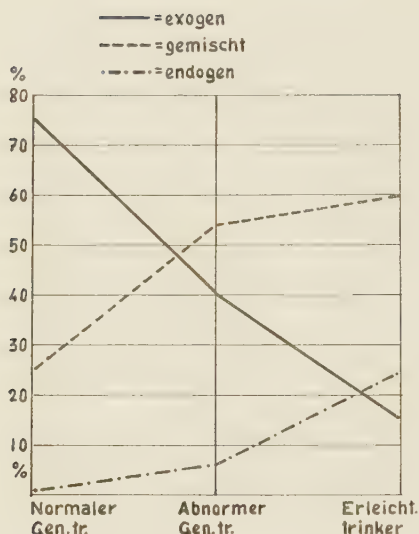


Fig. 3

Beziehung von Trinkursache und Trinkzweck

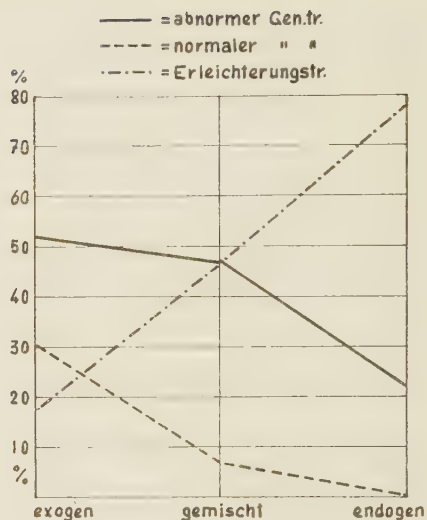


Fig. 4

Milieu rapid an Häufigkeit zu, sodaß von allen Frauen mit gestörter Kindheit 83 % diesem Typ angehören, woraus wohl abgeleitet werden kann, daß hier wahrscheinlich charakternervöse Faktoren mit im Spiele sind.

Der männliche Erleichterungs- und Betäubungsalkoholismus zeigt keine Abhängigkeit von der Kindheit, nimmt dagegen erwartungsgemäß proportional den aktuellen Störungsfaktoren zu. Bei den Frauen sehen wir, daß 83 % aller Frauen mit einer günstigen Kindheit Erleichterungstrinkerinnen sind, d.h. bei günstiger Kindheit müssen schon schwere aktuelle Konflikte vorhanden sein, daß die Frau zur Alkoholikerin wird, wobei als Trinkzweck dann natürlich Erleichterung und Betäubung angestrebt wird.

Es interessiert uns vor allem die Gruppe der atypischen, *abnormen Genußtrinker*, welche die Hälfte aller Alkoholiker ausmacht. Bei beiden Geschlechtern nimmt diese Gruppe *proportional der zunehmenden Störung des kindlichen wie des aktuellen sozialen Milieus deutlich auf etwa das Doppelte* zu. Dementsprechend nimmt die Häufigkeit der normalen Genußtrinker prozentual mit zunehmender Milieustörung stark ab, d.h. wir finden bei günstiger Kindheit oder günstigem aktuellem Milieu viermal mehr Genußtrinker als bei gestörten Verhältnissen.

Aus diesen Darlegungen kann unseres Erachtens geschlossen werden, daß bei einem Großteil der sogenannten abnormen Genußtrinker gewisse – durch die kindliche Milieustörung bedingte – *neurotische Fehlentwicklungen* im Verein mit aus der gestörten aktuellen Situation sich ergebenden Fehlhaltungen und Konflikten eine Rolle bei der Genese der Trunksucht spielen.

Soziales Verhalten vor der Kur

Wir haben unser Patientenmaterial bei der Untersuchung des sozialen Verhaltens aus praktischen Gründen auf Einwohner des Kantons Basel-Stadt beschränkt. Wir fragten uns, ob und inwiefern die Patienten vor der Kur mit den Behörden in Konflikt geraten sind und ob sie bereits vor der Kur in Kliniken hospitalisiert oder in Fürsorgestellen betreut werden mußten.

	Männer n: 153	Frauen n: 51
1. Versorgung in Trinkerheilanstalt	8%	8%
2. Versorgung in Arbeitsanstalt	8%	6%
3. Versorgungsandrohung	28%	33%
4. Gerichtsärztliche Untersuchung	39%	29%
5. Polizeibußen wegen alkoholbedingten Vergehen . .	44%	25%
6. Strafrechtliche Delikte	44%	37%
7. Aufenthalt in psychiatrischen Anstalten	20%	18%
8. Betreuung in Alkoholberatungsstelle oder Poliklinik	57%	56%

Gut die Hälfte der Kurpatienten sind unserer *Klinik, Poliklinik* oder der *Beratungsstelle für Alkohol Kranke* vorher schon bekannt. Diese Patienten decken sich größtenteils mit denen, die wegen ihres Alkoholismus schon behördliche Kontakte aufwiesen.

21 % aller männlichen und weiblichen Alkoholiker waren bei Kurantritt weder uns, noch den Fürsorgeinstanzen, noch den Behörden bekannt.

Auffallend ist der hohe Prozentsatz von *Kriminellen*: 44 % bei den Männern und 37 % bei den Frauen. 61 % der Männer und 45 % der Frauen haben sich strafrechtliche oder polizeigerichtliche Vergehen zu Schulden kommen lassen.

In Anbetracht dieser Ergebnisse interessiert vor allem die Quote der Kriminellen in der Durchschnittsbevölkerung. Für Deutschland errechnete *Finkelburg* 1910 (13), daß 14% der strafmündigen Männer und 3.5% der strafmündigen Frauen vorbestraft sind. Andererseits gelangte *Grassberger* 1937 für die in Österreich lebende strafmündige männliche Bevölkerung zu einer Kriminalitätsquote von 40%, worin allerdings neben Verbrechen und Vergehen auch bloße Übertretungen eingeschlossen sind. Durch Vergleich der Kriminalitätsziffern dieser Länder mit derjenigen der Schweiz kann ungefähr die Quote der Kriminellen in der Schweiz abgeschätzt werden. 1932 betrug die Kriminalitätsziffer (Bestrafte auf 100 000 strafmündige Einwohner innerhalb eines Jahres) in Österreich 2334, in Deutschland 1125 und in der Schweiz 524. Die Kriminalitätsziffer hat sich in der Schweiz inzwischen nicht wesentlich geändert. So betrug sie beispielsweise im Jahre 1954 530. In der Schweiz werden also prozentual etwa halb soviel verurteilt wie in Deutschland oder 4-5 mal weniger als in Österreich. Die Quote der Kriminellen in der schweizerischen Durchschnittsbevölkerung dürfte somit wohl den 10% näher liegen als den 20%. Die Anzahl Strafdelinquenten bei unseren Alkoholikern ist damit sicher bedeutend überhöht, vor allem bei den Frauen, deren Anteil an der Gesamtkriminalität je nach Land zwischen 5 und 25% schwankt.

Die Korrelation der verschiedenen sozialen Auffälligkeiten zeigt sich beispielsweise darin, daß von den Vorbestraften die Hälfte gerichtsärztlich untersucht werden muß, von den nicht Vorbestraften nur ein Viertel.

Von den Delinquenten sind 40 % einmal, 20 % zweimal und die restlichen 40 % mehr als zweimal, durchschnittlich sechsmal bestraft worden.

Die *hohe Kriminalitätsquote* unserer Alkoholpatienten wird durch die negative Auslese, die klinikbedürftig wird, nur teilweise erklärt. Scheiden wir die Psychopathen, die früher Versorgten, die gerichtsärztlich Untersuchten, polizeilich Verwarnten und polizeigerichtlich Gebüßten aus, so beträgt die Kriminalitätsquote des Restes (86), der nun eigentlich eine positive Auslese darstellen sollte, immer noch 25 % (Männer 28 %, Frauen 16 %).

In der folgenden Tabelle sind die einzelnen Deliktarten mit der Anzahl Delinquenten und der Anzahl Delikte aufgeführt.

Kriminalität

(Erste Zahl = Anzahl Personen, zweite Zahl = Anzahl Delikte)

	Männer		Frauen	
1. Sexualdelikte	9	13	6	7 (Unzucht bei Dirnen)
2. Betrug	13	19	4	6
3. Diebstahl	36	79	12	27
4. Andere Vermögensdelikte	15	35	1	1
5. Urkundenfälschung	10	11	2	2
6. Körperverletzung	14	22	2	2
7. Andere Gewalttätigkeitsdelikte	4	4	—	—
8. Drohung, Nötigung	7	9	—	—
9. Beschimpfung	3	3	2	2
10. Üble Nachrede	1	1	1	1
11. Widersetzlichkeit, Ungehorsam	2	2	—	—
12. Kindsvernachlässigung	1	1	1	1
13. Kindsmißhandlung	2	2	—	—
14. Abtreibung	—	—	1	1
15. Fahrlässige Tötung	2	2	—	—
16. Tierquälerei	3	3	—	—
17. Brandstiftung	1	1	—	—
19. Vernachlässigung der Unterstützungspflichten . .	1	1	—	—

Zusammenfassung der Delikte

(Die Prozente sind auf das Total der Alkoholiker bezogen)

	Männer n: 153			Frauen n: 51		
1. Sexualdelikte	9	13	6%	6	7	12%
2. Vermögensdelikte	47	144	30%	14	36	28%
3. Gewalttätigkeitsdelikte	17	30	11%	2	2	4%
4. Delikte gegen die Ehre	10	13	7%	3	3	6%
5. Andere Delikte	8	8	5%	2	2	4%
Total	67	208	44%	19	50	37%
Verkehrsdelikte	23	65	15%	—	—	—

Ordnen wir die Delikte in großen Gruppen nach ihrer prozentualen Häufigkeit, so gelangen wir zu folgenden Resultaten:

Deliktart	Männer	D	Frauen	D
Leib und Leben	11%	10%	4%	14%
Vermögen, Urkunden- fälschung	52%	44%	72%	52%
Ehre	5%	3%	6%	8%
Sittlichkeit	5%	12%	14%	4%
Andere	3%	16%	4%	17%
Öffentlicher Verkehr (strafrechtlich)	24%	15%	—	5%

Unter D = Durchschnitt haben wir vergleichsweise die prozentuale Verteilung der einzelnen Deliktarten in der Schweiz im Jahre 1954 aufgeführt (Statistisches Jahrbuch der Schweiz).

Was läßt sich daraus ersehen? Die *Gewalttätigkeitsdelikte* entsprechen der durchschnittlichen Häufigkeit, obwohl das Delikt gegen Leib und Leben als das alkoholische Delikt par excellence gilt. Die *Vermögensdelikte* sind bei den Trinkern, vor allem bei den Frauen, deutlich häufiger als durchschnittlich. Jeder dritte bis vierte Alkoholiker ist ein Vermögensdelinquent. Ein Viertel aller Delikte ereignet sich vor dem Beginn des Alkoholmißbrauchs. *Alkoholismus und Vermögensdelinquenz scheinen eher parallel zu laufen als kausal miteinander in Beziehung zu stehen.* Man denkt natürlich in erster Linie an die Milieuabhängigkeit beider Erscheinungsformen. Vielleicht aber liegen doch der Neigung zum Vermögensdelikt und dem Alkoholismus gemeinsame psychische Eigenschaften zu Grunde. Die Theorie der Psychoanalyse, der Trinker sei ein oral Fixierter, der in der infantilen Haltung des passiven Annehmens verharre, würde jedenfalls gut erklären, warum der Alkoholiker auch weniger Hemmungen aufweist, Vermögensdelikte zu begehen. Die stark erhöhte Anfälligkeit für Vermögensdelikte bei der Alkoholikerin, bei der charakterneurotische Momente für die Entstehung der Trunksucht noch häufiger verantwortlich zu machen sind als beim Mann, würde auch gut zu dieser Annahme passen.

Es überrascht auch, daß die *Sittlichkeitsdelikte* verhältnismäßig zurückstehen. Das könnte mit der Triebschwäche der Trinker und eventuell mit anderen Störungen in der Sexualsphäre (latente Homosexualität?) zusammenhängen. Bei den Trinkerinnen treten die Sittlichkeitsdelikte relativ hervor, meist in Form von Unzucht oder Anlockung dazu.

Die strafrechtlich geahndeten *Verkehrsdelikte* sind, was nicht verwundert, bei den Alkoholikern häufiger.

Die Parallelität zwischen Alkoholismus und asozialem Verhalten wurde von Prof. Zurukzoglu und Mitarbeitern in ihren ausführlichen Untersuchungen über die alkoholbedingte Kriminalität in der schweizerischen Armee während des Aktivdienstes in eindrucklicher Weise bestätigt. Die Alkoholkriminalität

ist bei Wehrmännern mit Vorstrafen, schlechtem Zivilleumund und schlechter militärischer Führung deutlich über den Durchschnitt erhöht.

Nebendiagnosen

In der folgenden Tabelle stellen wir die Nebendiagnosen dar, wobei zusätzlich noch die Suicidversuche aufgeführt werden.

	Männer		Frauen		Total	
1. Intelligenzschwäche	16	9%	10	19%	26	12%
2. Psychopathie	46	27%	22	42%	69	31%
3. Psychose	6	3%	1	2%	6	3%
4. Hirntrauma	5	3%	—	—	5	2%
5. Neurose	8	5%	3	6%	11	5%
6. Suicidversuch	25	14%	14	27%	39	17%
Total Nebendiagnosen	76	44%	34	65%	110	49%

Unter den *Frauen* findet sich doppelt so häufig *Debilität* und die Hälfte mehr *Psychopathien* als unter den Männern. Der *Suicidversuch* ist bei der Frau auch doppelt so häufig als beim Mann. 21 % der Trinkerinnen waren früher sexuell haltlos, 14 % sind es jetzt noch. $\frac{1}{4}$ der männlichen und $\frac{2}{5}$ der weiblichen Alkoholiker sind klinisch psychopathisch. Es sind aber $\frac{3}{4}$ aller Trinker beiderlei Geschlechts psychisch auffällig, sogenannte diskordant Normale.

Fig. 5 zeigt die Abhängigkeit von Psychopathie und Kindheitsmilieu. Mit zunehmender Störung der Kindheit nimmt auch der Prozentsatz der Psychopathen zu. Bei den psychopathischen Frauen finden wir in 64 % eine gestörte Jugend, bei den nichtpsychopathischen Frauen in 33 %.

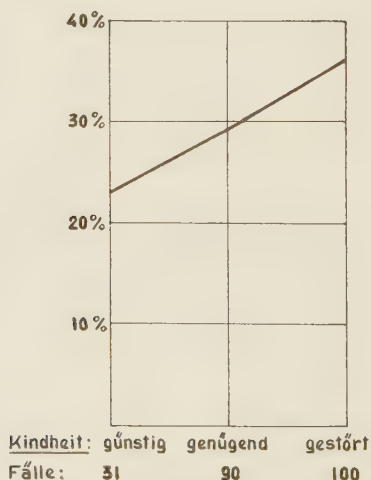


Fig. 5. Korrelation von Psychopathie und kindlicher Milieustörung

Die *Psychopathien* finden sich verteilt auf alle möglichen Temperaments-, Trieb- und Charakteranomalien. Nachstehend eine Zusammenstellung der Diagnosen:

	Männer	Frauen
willensschwach	18	7
primitiv-reizbar	9	5
leichtfertig/triebhaft	2	7
stimmungs-labil	7	6
schizoid	7	—
infantil	3	1
unstet/moraldefekt	6	—
sexuelle Perversion	3	2
andere	13	5

Eine *Alkoholpsychose* wurde in 18 Fällen, d. h. in 10 % unserer antabus-behandelten männlichen Kranken diagnostiziert, in der Hälfte davon ein *Delirium tremens*. Drei Patienten litten an einer akuten *Alkoholhalluzinose*, zwei an einem ausgebildeten und sieben an einem beginnenden *Korsakow*. 14 Männer (8 %) sowie eine Frau wiesen eine Neigung zu *komplizierten* und *pathologischen Rauschzuständen* auf. Bei zwei Männern wurde wegen dieser Neigung zu abnormen Rauschen eine Antabusbehandlung durchgeführt, ohne daß Zeichen von chronischem Alkoholismus bestanden.

An *Psychosen* wurden diagnostiziert: Epilepsie: dreimal; Involutions-depression: zweimal; paranoide Schizophrenie: einmal.

Von 172 Männern sind 6 (3 %) zugleich *medikamentensüchtig*. Der Prozentsatz bei den Frauen liegt mit 13 % viermal höher. Dagegen sind ca. 20 % aller Toxikomanen zugleich alkoholsüchtig.

Alkoholschäden und Schweregrad des Alkoholismus

Wir sprechen von psychischen, somatischen und sozialen Schädigungen als Folgen der chronischen Trunksucht. Unter sozialen Alkoholschäden verstehen wir Stellenverlust, sozialen Abstieg auch leichten Grades, Schuldenmachen sowie die Notwendigkeit eines behördlichen Eingreifens. Als körperlichen Schaden bezeichnen wir nur eine mittels der Galaktoseprobe festgestellte Leberschädigung oder einen im Ekg diagnostizierten Herzschaden.

	Männer n: 172	Frauen n: 52
1. psychisch geschädigt	73%	67%
2. sozial geschädigt	50%	60%
3. somatisch		
a) nicht geschädigt	31%	39%
b) leicht geschädigt	39%	42%
c) mittelgradig geschädigt . .	30%	17%
d) schwer geschädigt	1 Fall	1 Fall

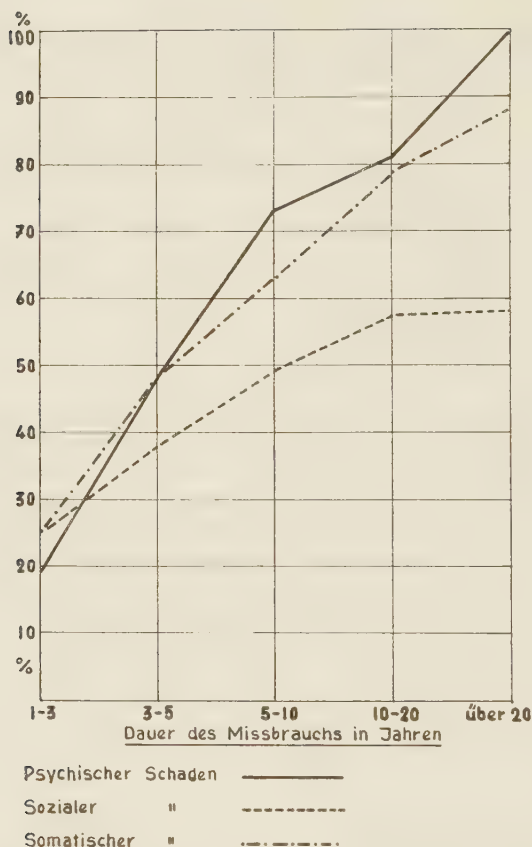


Fig. 6. Abhängigkeit der Alkoholschäden von der Dauer des Mißbrauchs (Männer)

Die folgende Kurve (Fig. 6) zeigt die Abhängigkeit der psychischen, somatischen und sozialen Schädigung von der *Dauer des chronischen Alkoholismus*. Am steilsten verläuft die Kurve des psychischen Schadens und erreicht bei einer über 20jährigen Suchtdauer 100 %, während die somatische Schädigung in diesem Zeitpunkt 88 % der Trinker betrifft und die soziale 58 %. Dauert die Sucht etwa fünf Jahre, so ist über die Hälfte aller Trinker auf allen drei Gebieten geschädigt.

Den Schweregrad des Alkoholismus bestimmten wir gemäß der Einteilung von *Staehelein* und *Solms* (20):

Leicht: Einsichtig und heilungswillig. Ohne psychische Alkoholschädigung. Ohne sozialen Abstieg.

Schwer: Früher Heilstättenbehandlung, da einsichtig, Kommen freiwillig, aber oft erst unter Druck zur Behandlung. Deutliche Zeichen seeli-

scher und körperlicher Schädigung. Beginnender sozialer Abstieg, aber ohne ernstlichen Kontakt mit dem Gerichtsarzt.

Schwerst: Via Polizei bzw. Gerichtsarzt mehrmals verwahrt bzw. bereits zwangsversorgt in psychiatrischen oder Zwangsarbeitsanstalten. Ungeeignet für Trinkerheilstätte, da uneinsichtig oder nur scheinbar einsichtig. Zur Behandlung meist gezwungen. Gehäufte soziale Entgleisungen und Abstieg. Schwere psychische und körperliche Alkoholschädigung.

Nach diesen Kriterien teilt sich unser Material folgendermaßen auf diese drei Gruppen auf:

Schweregrad der Alkoholiker	Männer	Frauen
1. leicht	12%	17%
2. schwer	58%	62%
3. schwerst	30%	21%

Aufenthaltsdauer und Wiedereintritte

Aufenthaltsdauer	Männer	Frauen
1. bis 2 Wochen	21%	17%
2. 2-4 Wochen	35%	52%
3. 1-3 Monate	26%	19%
4. 3-6 Monate	12%	8%
5. über 6 Monate	3%	2%
6. Wiederholte Kurzaufenthalte .	3%	2%

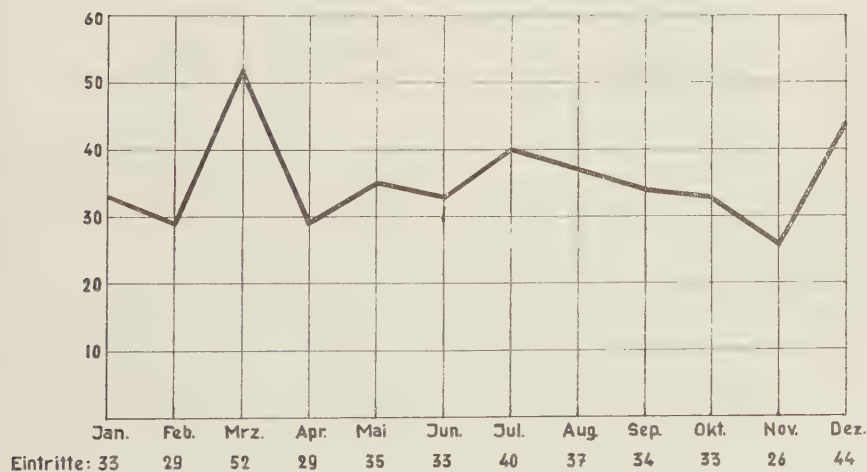


Fig. 7. Klinikeintritte: Verteilung nach Monaten (425 Eintritte)

Über die Hälfte der Männer und über zwei Drittel der Frauen bleiben weniger als einen Monat in der Klinik, nur ein verschwindender Teil (3 %) mehr als ein halbes Jahr. In die Gruppe der wiederholten Kuraufenthalte fallen diejenigen Patienten, die mehrmals in kurzen Zeitabständen von oft nur wenigen Wochen wegen Rückfälligkeit wieder hospitalisiert werden müssen. Meist sind es periodische Verstimmungstrinker.

Die folgende Kurve (Fig. 7) zeigt die Saisonabhängigkeit der Eintritte mit einem ausgeprägten Gipfel im Monat März (Fasnacht ?) und weiteren Höhepunkten im Sommermonat Juli und im Dezember. Die durch die Weihnachts- und Neujahrsfesttage bedingten Rückfälle sollten sich allerdings erst im Monat Januar zeigen. Vielleicht spielen vielmehr in dieser trüben nachherbstlichen Zeit psychologische Einflüsse mit, ähnlich wie bei den Depressionen.

Wieviele der Patienten, die von 1953–1956 eine Antabuskur absolviert haben, mußten bis 1958 wieder in die Klinik eintreten ? Wir verzeichnen bis im Sommer 1958 31 % Wiedereintritte. Davon sind 16 % nur noch einmal gekommen und 15 % zwei- und mehrmals. Die beiden letzten Gruppen, einmaliger bzw. mehrmaliger Wiedereintritt, verhalten sich, wie die folgende Aufstellung zeigt, bezüglich des Zeitpunktes des ersten Wiedereintrittes völlig verschieden.

Gruppe I = einmaliger Wiedereintritt.

Gruppe II = mehrmaliger Wiedereintritt.

Der erste Wiedereintritt erfolgt:

	Gruppe I	Gruppe II
im gleichen Jahr (wie die Kur).	19%	50%
1 Jahr später	25%	36%
2 Jahre später	28%	7%
3 Jahre später	28%	7%

Die Hälfte der mehrmaligen Wiedereintritte kommt im selben Jahre wieder. Kommt ein Patient erst im zweiten Jahr nach der Kur wieder oder sogar später, so wird er wahrscheinlich nur noch dieses zweite Mal kommen müssen. Tritt ein Alkoholkranker im selben Jahr oder im folgenden wieder in die Klinik ein, wird er wahrscheinlich noch mehrmals kommen müssen.

Abschließend folgt eine tabellarische Zusammenstellung der wichtigsten statistischen Unterschiede des männlichen und weiblichen Alkoholismus.

	Männer	Frauen
<i>Zivilstand</i>		
verheiratet	63%	44%
verwitwet, geschieden, getrennt	11%	33%
<i>Beruf</i>		
Gastgewerbe	8%	21%

	Männer	Frauen
<i>Einweisung</i>		
zwangsweise	45%	35%
<i>Beginn des Alkoholismus</i>		
bis zum 30. Lebensjahr	66%	46%
<i>Dauer des Alkoholabusus</i>		
bis 5 Jahre	22%	34%
über 20 Jahre	30%	8%
<i>Trinkursachen</i>		
exogen	38%	27%
normaler Genußtrinker	18%	2%
abnormaler Genußtrinker . . .	50%	33%
Erleichterungstrinker	32% $\frac{1}{3}$	65% $\frac{2}{3}$
<i>Kindheitsmilieu</i>		
günstig	11%	23%
<i>Jetziges familiäres Milieu</i>		
günstig	16%	6%
gestört	48%	70%
<i>Berufliches Milieu</i>		
günstig	19%	7%
gestört	44%	57%
<i>Trinkgewohnheiten</i>		
Alleinrinker	10%	52%
<i>Getränkeart</i>		
reine Biertrinker	37%	10%
reine Weintrinker	17%	40%
Biertrinker	75%	40%
Weintrinker	50%	77%
<i>Nebendiagnosen</i>		
Intelligenzschwäche	44%	65%
Psychopathie	9%	19%
Suicidversuche	27%	42%
	14%	27%
<i>Körperliche Schäden</i>		
mittel und schwer	30%	19%
<i>Kombinierte Sucht</i>	3%	13%
<i>Aufenthaltsdauer</i>		
bis 4 Wochen	55%	69%

II. Katamnese

Bevor wir auf die Besprechung der Resultate eingehen, seien einige Angaben gemacht über die Nachbetreuung, Art und Dauer der Antabusabgabe sowie über das soziale Verhalten nach der Kur.

Die Nachbetreuung der entlassenen, unter Disulfiram stehenden Alkoholpatienten besteht in folgenden Punkten:

1. kontrollierte Einnahme des Disulfiram.
2. Psychotherapie und Sozialtherapie durch Ärzte und Fürsorgepersonen.

1. Einnahme des Disulfiram (Antabus)

Zwei Drittel aller Alkoholiker nehmen das Antabus an einer zentralen Stelle ein, d.h. in der *psychiatrischen Klinik* (zum kleinsten Teil) sowie in der *psychiatrischen Poliklinik* oder in der *Beratungsstelle für Alkoholiker* – etwa zu gleichen Teilen. Rund 10 % nehmen die Tabletten beim *Arbeitgeber* ein. Hier kommen vor allem Fabrikarbeiter in Frage, die während der Arbeitszeit rasch beim Sanitäter vorsprechen und das Medikament einnehmen. In einem Viertel der Fälle wird die Abgabe *privaten Instanzen*, den Familienangehörigen oder dem Hausarzt anvertraut. Die private Einnahme wird nur in ausgewählten, günstigen Fällen gestattet.

Dauer der Antabuseinnahme	Männer n: 153 (BS)	Frauen n: 51 (BS)
praktisch gar nicht	5%	2%
bis 3 Monate	16%	10%
3–6 Monate	19%	6%
6–12 Monate	14%	14%
Mehr als ein Jahr	16%	32%
Wiederholt mit Unterbrüchen . .	30%	36%

Wie aus dieser Zusammenstellung zu ersehen ist, nimmt ein Drittel der Patienten das Disulfiram nur bis zu einem halben Jahr lang ein, obwohl meist auf einer «Jahreskur» insistiert wird. Der Grund der Sistierung der Antabuseinnahme liegt oft im Auftreten der bekannten *Nebenwirkungen*, die durch eine Reduktion der Dosis nicht immer zu beheben sind. Eine weitere Gruppe hört mit der Tabletteneinnahme auf, aus dem Gefühl einer meist *täuschenden Selbstsicherheit* heraus. Falls die Angehörigen die Sistierung der Einnahme billigen und keine behördlichen Maßnahmen vorliegen, fehlt es uns an der Möglichkeit, einen gewissen Druck auszuüben, der sich erfahrungsgemäß für die erste Zeit der Zwangsabstinenz oft als günstig erweist.

In drei Fällen kam es unter Antabus zu *psychoseähnlichen Verwirrheitszuständen*, wobei aber eine Alkoholeinnahme trotz Antabus erwiesen war oder nicht ausgeschlossen werden konnte. In einem dieser Fälle wurde von einem privaten Spital auf Antabus eingestellt und überdosiert.

Ein Drittel der Patienten nimmt die Tabletten ein halbes bis mehr als ein Jahr ein und das restliche Drittel wiederholt mit Unterbrüchen, die durch Rückfälle markiert sind. Es wird somit häufig von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, bei Rückfällen eine Zeitlang erneut eine Antabuszwangsabstinenz auf sich zu nehmen. Hier finden wir die meisten Rückfälligen, die wiederum in der Klinik hospitalisiert werden mußten. Immerhin ersuchen uns 7 % aller Antabuspatienten spontan ohne gerichtsärztlichen Druck oder erneuten Klinikaufenthalt um Wiederaufnahme der Disulfirammedikation.

2. Psychotherapie und Sozialtherapie

Die Richtlinien unserer Klinik für die psychische Behandlung des chronischen Alkoholikers wurden von *Stachelin* (18, 19) bereits vor Jahrzehnten festgelegt und haben heute noch ihre Gültigkeit: Nach Erforschung der ursprünglichen Charakteranlagen und der damit zusammenhängenden Suchtmotive habe eine *individuell angepasste Therapie* einzusetzen, mit Einbezug der *Milieugestaltung* im weitesten Sinne. Ziel der Behandlung sei erst sekundär Befreiung von der Giftsucht; das primäre Ziel bestehe in der Erziehung des Patienten zu einer Persönlichkeit, welche die in der Sucht sich auswirkenden Strebungen dadurch beherrschen könne, daß sie eine Orientierung an bleibenden Werten, eine ethisch-altruistische Gesinnung gewinne, mit einem klaren Verantwortungsgefühl, mit einer dauernden, allen Maskierungs- und Verdrängungsgelüsten standhaltenden Selbstkritik und mit einem gesund fundierten Selbstbehauptungsbedürfnis.

Nach diesem Ziel wird gestrebt mittels einer ärztlichen Haltung, die klug die Mitte hält zwischen *Erziehung* und (*gewährender*) *Psychotherapie*, sodaß der Arzt aus der Kenntnis beider Aspekte der Trunksucht – als Krankheit und als Schuld – sowohl der Hilfsbedürftigkeit des Patienten wie den Anforderungen seiner sozialen Umgebung gerecht wird. Wenn auch eine moralisierende und entwertende Einstellung nichts auszurichten vermag, so darf doch der Therapeut auf ethische Erwägungen, die ja jeder erzieherischen Einflußnahme zugrunde liegen, nicht völlig verzichten. Aus diesem Grund wird der Arzt dem Trinker gegenüber auch etwa das soziale Gewissen verkörpern müssen, wobei das Verstehen zugunsten des – oft sehr nachdrücklichen – Forderns zurückzutreten hat. Nur eigentliche Neurosen fallen in die Domäne der großen Psychotherapie.

Der Unterausschuß für Alkoholismus der *Weltgesundheitsorganisation* (7), der im großen und ganzen mit den obigen Richtlinien übereinstimmt, betont ebenfalls die Notwendigkeit der Milieugestaltung in Form einer Sozialtherapie, d.h. fachlicher Hilfe bei der Lösung sozialer und beruflicher Probleme, die durch das Trinken entstanden sind. Er empfiehlt ferner, in geeigneten Fällen eine Gruppentherapie auf psychoanalytischer Basis in Erwägung zu ziehen.

Soweit die Forderungen. Wie steht es mit der Praxis? Weil alle unsere Disulfirampatienten einen meist mehrwöchigen Klinikaufenthalt absolvieren, wird ein beträchtlicher Teil der oben dargelegten *Psychotherapie* und *Sozialtherapie* geleistet, während sich der Patient noch in der Klinik befindet. Die Lösung beruflicher und sozialer Probleme wird von den klinischen Fürsorgeinstanzen und von den Ärzten an die Hand genommen; man versichert sich der Mitarbeit von Angehörigen und Arbeitgebern und sucht den Patienten individuell und in Gruppen psychotherapeutisch zu beeinflussen. Worin besteht diese Psychotherapie in der Klinik und nach der Entlassung? Eine *analytische Tiefenbehandlung* wird nur in ausgesprochenen Fällen neurotischer Verhaltensweisen in Frage kommen, da dem durchschnittlichen Alkoholiker die Schuldgefühle und die oft qualvollen Spannungen des eigentlichen Neuro-

tikers meist abgehen. Dieses Leiden gibt dem Patienten erst die notwendige Einsicht und den Durchhaltewillen, wie sie als Voraussetzung für eine analytische Psychotherapie neben der erforderlichen Intelligenz und Differenziertheit verlangt werden müssen. An den letzteren zwei Vorbedingungen fehlt es bei unserem Material begreiflicherweise auch meistens. Es wird somit im Großteil der Fälle nur eine kleine Psychotherapie in Form des *ärztlichen Gesprächs* möglich sein. Es werden mit dem Patienten die verschiedenartigen infolge seiner neuen abstinenter Lebensführung entstandenen Probleme durchgesprochen und es wird versucht, ihn in seiner Einsicht und seinem Willen zur Abstinenz zu bestärken. Dieses psychotherapeutische Gespräch kann ebensogut von einem erfahrenen *Fürsorger* geführt werden. Die nicht ausgesprochen psychiatrischen Fälle werden deshalb nach zufälligen Gesichtspunkten wie Arbeitsweg, Wunsch des Patienten teilweise der psychiatrischen Poliklinik und teilweise der Beratungsstelle für Alkoholranke zur Nachbetreuung übergeben. Nur die Patienten, die eine eigentliche psychiatrische Behandlung nötig haben, werden natürlich grundsätzlich der Poliklinik zugeteilt.

Die ärztlich geleitete Gruppenpsychotherapie in der Klinik besteht darin, daß neben alkoholbedingten auch allgemein-menschliche Probleme besprochen werden, wobei oft eine Geschichte oder ein Märchen als Ausgangspunkt für die Diskussion benutzt wird.

Nach der Entlassung treffen sich die «Ehemaligen» wöchentlich einmal zusammen mit Betreuungsfällen der Beratungsstelle in einem alkoholfreien Restaurant. Diese Zusammenkünfte stehen unter fürsorgerischer Leitung.

Die Maßnahmen, die sich nach Absolvierung der Kur noch als notwendig erweisen, sind in der folgenden Tabelle zusammengestellt.

	Männer	Frauen
1. Wiedereintritt in eine psychiatrische Anstalt	31%	31%
2. Trinkerheilanstalt	4%	—
3. Arbeitsanstalt	6%	—
4. Gerichtsärztliche Untersuchung	29%	16%
5. Versorgungsandrohung	16%	12%
6. Polizeibußen	12%	6%
7. Strafrechtliche Delikte	7%	2%

49 % der Männer und 57 % der Frauen sind nach der Kur bis heute weder in der Klinik als Wiedereintritt noch bei den Behörden (Gerichtsärztliche Untersuchung, Anstaltsversorgung, Versorgungsandrohung, Skandal) in Erscheinung getreten. Vor der Kur hatten 55 % aller Patienten Kontakt mit den Behörden; nach der Kur noch 30 %. Bei 45 % jener, die vor der Kur mit den Behörden zu tun hatten, waren auch nachher noch behördliche Maßnahmen notwendig.

Daß die Kriminalitätsquote nach der Kur auf 7 % sinkt, ist wohl auf die kurze Beobachtungszeit von 2–5 Jahren zurückzuführen.

Behandlungsergebnisse

Zur Darstellung der Behandlungsergebnisse haben wir zwei verschiedene Wege beschritten. Wir bestimmten einerseits nach der üblichen bisher gebräuchlichen Methode diejenige Anzahl Patienten, die rückblickend als Erfolge, Besserungen oder Mißerfolge anzusehen sind. Die zweite von uns benutzte Methode, die *Verlaufsdarstellung* besteht darin, daß die Resultate eines jeden einzelnen Jahres nach der Kur untersucht werden. Nullpunkt ist die Entlassung aus der psychiatrischen Klinik. Wir untersuchten somit, wie sich die Erfolge, Besserungen und Mißerfolge innerhalb des ersten Jahres nach Entlassung aus der Klinik prozentual zueinander verhalten. Dann, ungeachtet der Resultate dieses ersten Jahres, wie sich die Patienten im zweiten Jahre aufführten, dann gleichermaßen in den folgenden Jahren. Das erste Jahr haben wir noch in zwei Halbjahre unterteilt. Diese Methode erlaubt uns wertvolle Aufschlüsse über den Verlauf, die Früh- und Spätrückfälligkeit, die Aufgangsmöglichkeiten nach einem Rückfall und anderes mehr. Wie wir später sehen, werden die einzelnen, prozentualen, statistischen Erfolgsquoten 1–2 Jahre nach der Kur ungefähr stabil, d.h. zeigen nur noch geringgradige Schwankungen um einen Mittelwert herum, den wir als Durchschnitt des 2.–5. Jahres nach der Kur ausgerechnet und als *Verlaufsdurchschnitt* bezeichnet haben. Nimmt man den Verlaufsdurchschnitt als Maß des Erfolges, so kommt man natürlich zu einer optimistischeren Einschätzung der Kurresultate als mittels der üblichen statischen Methode. Ein weiterer Vorteil dieser Verlaufsdarstellung besteht darin, daß es damit besser gelingt, die Prognose und Besonderheiten einzelner Untergruppen von Alkoholikern zu studieren.

Beginnen wir mit den Resultaten, wie sie sich nach der *Verlaufsdarstellung* darbieten. Jahr für Jahr wurde bestimmt, in welche der folgenden Gruppen der Patient einzuordnen ist.

- I. Praktisch abstinent. Sozial völlig saniert.
- II. Trinkt mäßig, ohne Berausung, ohne Rückfall. Sozial völlig saniert.
- III. Sozial befriedigende Besserung. Gelegentlich leichte Rückfälle, ohne daß deswegen Maßnahmen angezeigt wären.
- IV. Sozial unbefriedigende Besserung. Schwer rückfällig.
- V. Ungebessert.

Gruppe I und II können wir als Erfolge und Gruppe IV und V als Mißerfolge zusammenfassen.

Die erste graphische Darstellung (Fig. 8) zeigt den Verlauf bei 224 Männern und Frauen. Beginnen wir mit der Besprechung der *Mißerfolge* (Gruppe IV und V) so sehen wir, daß diese recht rasch eintreten und vom zweiten Halbjahr an statistisch etwa konstant bleiben. Von den Patienten, die während der Beobachtungszeit von 2–5 Jahren jemals in einer Mißerfolgsgruppe zu finden

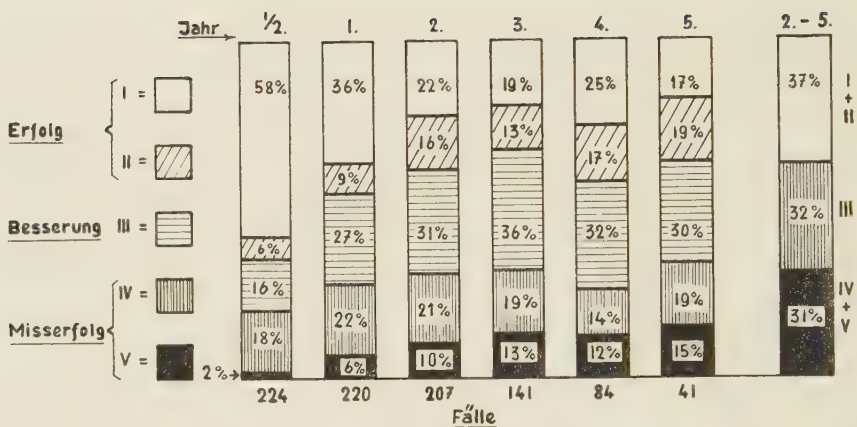


Fig. 8. Total: 224 Männer und Frauen

sind, werden 67 % im ersten Jahr nach dem Klinikaustritt rückfällig. Von diesen zeigt ein Viertel während der folgenden Beobachtungsjahre keinen schweren Rückfall mehr; nur 4 % werden allerdings zu eindeutigen Erfolgen, die übrigen bleiben gebessert. Die Prognose derjenigen Patienten, die im ersten Jahr nach der Kur schwer rückfällig geworden sind, sieht also folgendermaßen aus:

Erfolge: 4 % Besserungen: 20 % Mißerfolge: 75 %

Andererseits konnte bei Patienten, die während der ersten drei Jahre nie einen Rückfall zeigten, bis 5 Jahre auch keiner beobachtet werden.

Von Jahr zu Jahr findet ein gewisser Austausch innerhalb der einzelnen Gruppen statt. Die Konstanz beträgt bei den Erfolgen etwa 75 %, bei den Mißerfolgen ca. 66 %, d.h. $\frac{3}{4}$ der Erfolge bzw. $\frac{2}{3}$ der Mißerfolge eines bestimmten Jahres finden sich im folgenden Jahr noch in derselben Gruppe. Für alle Gruppen gilt, daß sich bei den Männern die Hälfte, bei den Frauen zwei Drittel der Einjahresresultate nach 5 Jahren noch in derselben Gruppe vorfinden.

Die Mittelgruppe der gelegentlich leicht Rückfälligen, sozial jedoch derart Gebesserten, daß keine Maßnahmen indiziert sind, nimmt bis zum dritten Jahre nach der Kur auf 36 % zu und dann zu Gunsten der Extremgruppen wieder ab.

61 % des Gesamtmaterials sind irgendwann während der Beobachtungszeit leicht rückfällig geworden, davon wurden $\frac{2}{5}$ nie schwer rückfällig. Ebenfalls 67 % dieser leichten Rückfälle erfolgten im ersten Jahr nach Klinikaustritt. Es interessiert das Schicksal jener $\frac{2}{5}$ leicht Rückfälligen, die nie einen schweren Rückfall erlitten. 29 % davon wurden zu Erfolgen, 2 % davon vorübergehender Natur; 71 % verblieben bis zum Ende der Beobachtungszeit in der Mittelgruppe. Diese letzteren 40 Fälle bilden 19 % des Gesamtmaterials. Ein Fünftel

aller Patienten ist somit seit Jahren dauernd leicht rückfällig, aber doch befriedigend gebessert in dem Sinn, daß Angehörige, Behörden und Arbeitgeber mit dem gegenwärtigen Zustand zufrieden sind, sodaß keine weiteren Maßnahmen angezeigt sind.

Die Zahl der praktisch Abstinente nimmt während des ersten Jahres rapid ab. Im ersten Halbjahr sind sie mit beinahe 60% vertreten, weil zu diesem Zeitpunkt die meisten noch unter Antabus stehen. Vom zweiten Jahr nach der Kur an bleibt die Quote dieser Gruppe etwa konstant. Die zweite Gruppe, die kleinste, enthält jene Patienten, die imstande sind, mäßig ohne Rückfall oder Berauschung und ohne irgendwelche soziale Beeinträchtigung gelegentlich oder auch regelmäßig maßvoll zu trinken. Es ist die unstabilste Gruppe. $\frac{2}{3}$ der Patienten, die in irgend einem Jahr in diese Kategorie der Mäßigen fielen, haben nur vorübergehend mäßig getrunken und sind entweder rückfällig oder praktisch abstinent geworden.

Die letzte Kolonne stellt den Verlaufsdurchschnitt dar.

Neben dieser Verlaufsdarstellung gruppieren wir die Patienten nach der üblichen statischen Methode in Erfolge, Besserungen und Mißerfolge. Die folgende Tabelle zeigt, was wir unter den einzelnen Kategorien verstehen und

	Total n: 190	Männer n: 141	Frauen n: 49
<i>I. Erfolge</i>			
a) Dauernd abstinent	27 14%	17 12%	10 20%
b) Zeitweise abstinent, zeitweise mäßig trinkend ohne Rückfall. Sozial völlig saniert	16 8½%	14 10%	2 4%
c) Nach einmaliger Rückfälligkeit (d.h. innert nur eines Jahres) wieder abstinent oder mäßig geworden	14 7½%	11 8%	3 6%
<i>Total Erfolge</i>	57 30%	42 30%	15 30%
<i>II. Sozial befriedigende Besserungen mit gelegentlichen Rückfällen. Außer Kontrolle keine Maßnahmen angezeigt</i>	63 33%	44 31%	19 39%
<i>III. Mißerfolge</i>			
a) Dauernd schwer rückfällig.	19 10%	16 11%	3 6%
b) Vorübergehend gebessert, jedoch am Ende der Beobachtungszeit schwer rückfällig	37 20%	29 21%	8 17%
c) Am Ende der Beobachtungszeit Erfolg oder gebessert, jedoch vorher innerhalb zweier oder mehr Jahre schwer rückfällig	14 7%	10 7%	4 8%
<i>Total Mißerfolge</i>	70 37%	55 39%	15 31%

wie die prozentualen Anteile liegen. Wir beschränkten uns, um ein zuverlässiges Bild zu erhalten (Zugänglichkeit der Polizeiakten, Nachfragen) auf die Einwohner von Basel-Stadt. Ausgeschieden werden mußten 14 Patienten, die noch nicht volle zwei Jahre beobachtet werden konnten (Eintritt in die Klinik im Herbst und Winter 1956).

Nach beiden Berechnungsarten kommen wir somit auf knapp $\frac{2}{3}$ positiv Beeinflusste. Janner (9) berechnete 1953 eine Quote positiv Beeinflusster von 52 %. Mit dem Bekanntwerden der Methode haben die Eintritte prognostisch günstiger Fälle offenbar zugenommen. Die Gruppe der sozial befriedigenden Besserungen ist ungewohnt groß, war es früher doch üblich, nur von Geheilten oder Ungeheilten zu sprechen. Ohne die Möglichkeit, mittels Antabus Rückfälle aufzufangen, wäre wohl ein großer Teil dieser Mittelgruppe unter den Mißerfolgen zu finden. Die Patienten dieser Mittelgruppe haben doppelt so häufig Disulfiram wiederholt mit Unterbrüchen eingenommen als die übrigen.

Versuchen wir, die Patienten, die unter die einzelnen Erfolgsgruppen fallen, zu beschreiben. Es interessiert einmal die Gruppe der *Mäßigen*. 14 von den 16 mäßig trinkenden Patienten sind Männer. Psychopathen sind prozentual gleichviel wie im Durchschnitt in dieser Gruppe, dagegen keine Willensschwachen. Es finden sich weniger Debile und charakterlich Auffällige darunter. Früher Versorgte sind keine dabei. Es sind vor allem leichte Alkoholiker mit kurzer Suchtdauer und geringeren psychischen und sozialen Schädigungen. Das familiäre Milieu ist doppelt so häufig günstig und halb so häufig gestört. Die pyknische Konstitution überwiegt die leptosome.

Die folgende Tabelle stellt die *dauernden Erfolge* (bis zum Ende der Beobachtungszeit ständig in Gruppe I oder II) den *dauernden Mißerfolgen* gegenüber (immer in Gruppe IV oder V) (inkl. 2 Nichtkantonale).

	Dauernde Erfolge n: 44	Dauernde Mißerfolge n: 20
<i>Zivilstand</i>		
ledig	11%	30%
verheiratet	70%	35%
geschieden, Konkubinat	17%	35%
<i>Beruf</i>		
Bauarbeiter	10%	44%
Fabrikarbeiter, unselbständige Handwerker	67%	39%
Büroangestellte	5%	6%
Gastgewerbe	13%	—
Höhere Berufe, selbständig Erwerbende	5%	11%
<i>Alter bei der Kur</i>		
unter 30 Jahren	2%	15%
31–40 Jahre	18%	50%
41–50 Jahre	46%	15%
über 50 Jahre	34%	20%

	Dauernde Erfolge n: 44	Dauernde Mißerfolge n: 20
<i>Beginn des Alkoholismus</i>		
unter dem 30. Jahr	48%	90%
31.-40. Jahr	32%	10%
41.-50. Jahr	20%	—
über 50. Jahr	—	—
<i>Schweregrad des Alkoholismus</i>		
leicht	14%	—
schwer	72%	47%
schwerst	14%	53%
<i>Alkoholschäden</i>		
psychisch geschädigt	18%	85%
sozial geschädigt	46%	75%
<i>Grundcharakter normal</i>	48%	20%
<i>Psychopathen</i>	20%	45%
<i>Kindheitsmilieu</i>		
günstig	19%	6%
genügend	37%	19%
gestört	44%	75%
<i>Jetziges familiäres Milieu</i>		
günstig	30%	6%
genügend	38%	19%
gestört	32%	75%
<i>Berufliches Milieu</i>		
günstig	35%	5%
genügend	30%	26%
gestört	35%	69%
<i>Soziales Verhalten vor der Kur</i>		
Versorgung	11%	35%
Gerichtsärztliche Untersuchung	32%	60%
Polizeibußen	27%	60%
Strafrechtliche Delikte	39%	60%

Kurresultate der Untergruppen

Zum Studium der Resultate einzelner Untergruppen haben wir die *Verlaufsdarstellung* benutzt. Wir werden uns auf die graphische Darstellung einzelner charakteristischer Verlaufsarten beschränken müssen; prägnante Abweichungen werden wir besprechen und schließlich eine tabellarische Übersicht der Resultate geben in Form des *Verlaufsdurchschnitts*. Wir beschränken uns auf Einwohner des Kantons Basel-Stadt.

Beide Erfolgsgruppen und beide Mißerfolgsgruppen haben wir in je eine Gruppe zusammengefaßt.

In Fig. 9 und 10 sind die Resultate von 153 *Männern* denjenigen von 51 *Frauen* gegenübergestellt. Die Erfolge sind bei den Frauen eher höher. Die durchschnittliche Mißerfolgsquote stellt sich bei den Frauen bereits im ersten

153 MÄNNER

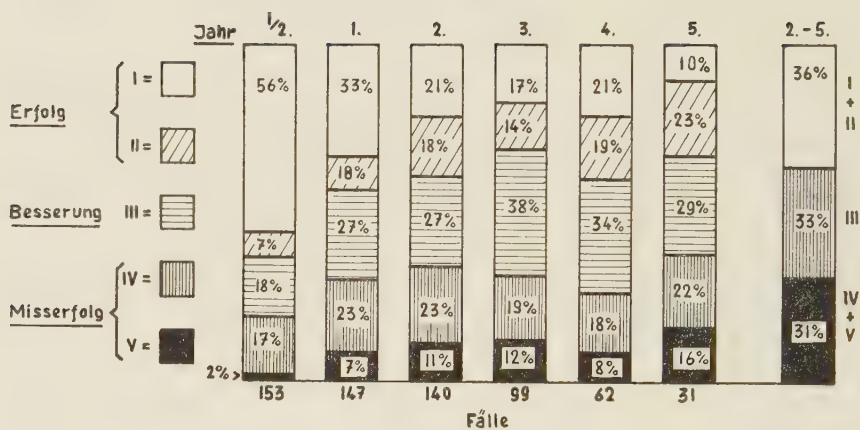


Fig. 9. 153 Männer

51 FRAUEN

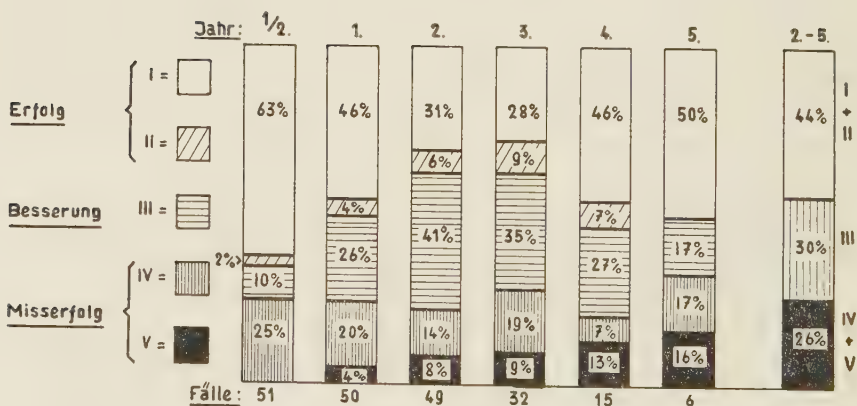


Fig. 10. 51 Frauen

halben Jahr ein und ist in diesem Zeitpunkt höher als bei den Männern; sie hält sich dann ziemlich unelastisch während der folgenden fünf Jahre. Mäßig trinkende Frauen gibt es kaum.

Berufe

Bauarbeiter, Fabrikarbeiter und unselbständige Handwerker zusammengekommen, die 64 % unserer Fälle darstellen, halten sich etwa im Durchschnitt.

Oben haben wir gesehen, daß 44 % der dauernden Mißerfolge Bauarbeiter sind und 39 % Fabrikarbeiter, während wir unter den Dauererfolgen nur 10 % Bauarbeiter finden, dagegen 67 % Fabrikarbeiter und Handwerker.

Überraschenderweise ist die Prognose zweier allgemein als gefährdet angesehener Berufszweige: Kellnerinnen, Wirte und Reisende besser als durchschnittlich. Das exogene Moment in Form der beruflichen Gefährdung und der Trinksitten erhöht zwar die Anfälligkeit, verschlechtert jedoch die Prognose nicht. Die «Intelligenz» (höhere Berufe, selbständig Erwerbende, Büroangestellte) schließt ausgesprochen schlecht ab. Die offensichtlich sehr ungünstigen Entstehungsbedingungen der Trunksucht, welche diese Patienten hospitalisationsbedürftig machen, sind zugleich für die schlechte Prognose verantwortlich.

Zivilstand

Die besten Erfolgsaussichten haben die Verheirateten. Die sozialen Bindungen an Frau und Kinder, das Verantwortungsgefühl und der sozialisierende Druck der Angehörigen wirken sich günstig aus.

Die Ledigen werden früh rückfällig, halten sich jedoch bezüglich der Prognose im Rahmen des Durchschnitts.

Dagegen verzeichnen die Verwitweten, Geschiedenen, Getrennten sowie diejenigen, die im Konkubinat leben, schlechtere Resultate. 19 % unserer Alkoholiker gehören zu dieser Gruppe der «Enttäuschten». Die Hälfte davon sind Frauen, die wiederum zur Hälfte erst während oder nach der Trennung vom Ehegatten durch Scheidung oder Tod zu trinken begonnen haben.

Einweisungsart

Der Einweisungsmodus, ob *freiwillig*, *freiwillig unter Druck* oder *zwangsweise* spielt eine nur geringe Rolle für die Prognose. Die Resultate der unter Zwang in die Klinik Eingetretenen sind nicht wesentlich schlechter als diejenigen der *Freiwilligen*. Bei letzteren fehlt es oft an einer genügenden Einsicht, sie berufen sich gerne auf ihre «Freiwilligkeit», wenn sie mit einer ärztlichen Verordnung nicht einverstanden sind. Druckmöglichkeiten, die sich beim Trinker vorübergehend oft segensreich auswirken können, sind nicht vorhanden. Oft hat der freiwillig Gekommene die Nachteile der Sucht noch zu wenig am eigenen Leibe erfahren, leidet zu wenig, ist zu wenig Patient. Die Disziplin bei der Einnahme der Tabletten ist beim Freiwilligen zwar eher besser. 24 % (Durchschnitt 38 %) sistieren die Antabuseinnahme vor einem halben Jahr. Ein Viertel der Freiwilligen wird ein zweites Mal in die Klinik eintreten (Durchschnitt 31 %). Das Alter der Freiwilligen beim Eintritt weicht nur leicht vom Durchschnitt ab. Nur die Hälfte sind unter 40 Jahre alt (Durchschnitt 40 %). Eine Suchtdauer von über 20 Jahren kommt bei den Freiwilligen zwar nur halb so häufig vor als im Durchschnitt; die übrigen jedoch verteilen sich dem Durchschnitt gemäß über eine Suchtdauer von 2–20 Jahren. Es sind vor allem leichte und mittelschwere Alkoholiker, die psychisch und sozial etwas weniger geschädigt sind als die übrigen. Die körperlichen Schäden sind dagegen im gleichen Maße

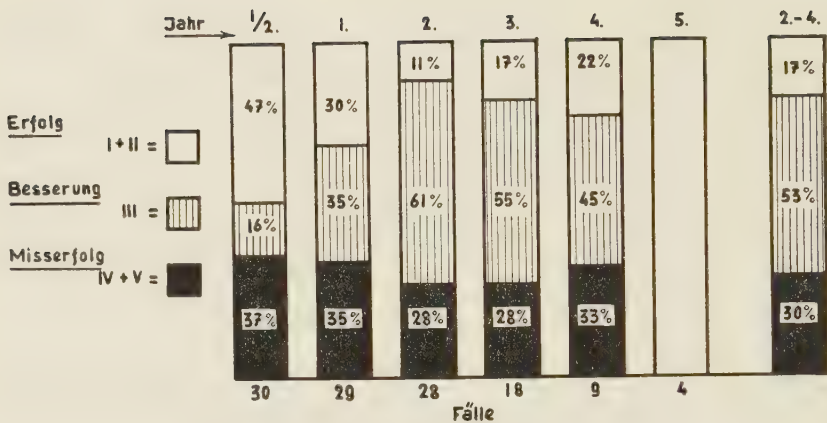


Fig. 11. Alter bei der Kur: Unter 30 Jahren

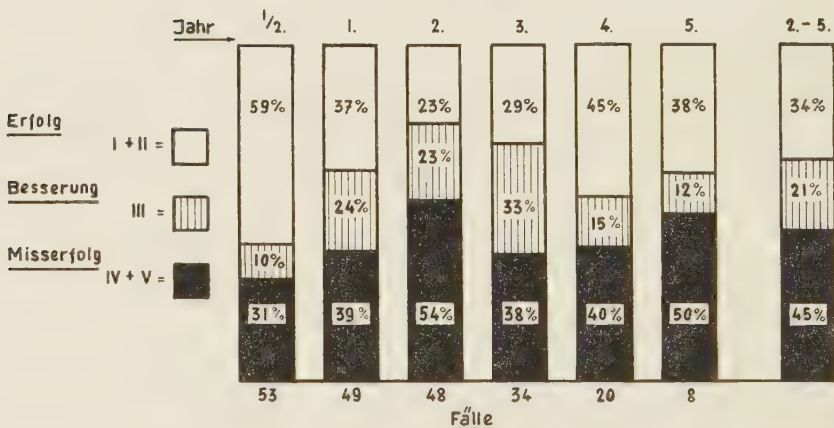


Fig. 12. Alter bei der Kur: 31-40 Jahre

ausgebildet wie durchschnittlich. Die Freiwilligen decken sich somit keineswegs mit den Frühfällen.

Alter bei der Kur, Beginn und Dauer des Alkoholismus

Sehr aufschlußreich sind die Resultate der verschiedenen Altersgruppen, wie sie in den graphischen Darstellungen 11, 12 und 13 abzulesen sind. Bei den Patienten *unter dem 30. Altersjahr* zeigen sich die schweren Rückfälle rasch, steigen aber nicht über den Durchschnitt. Dagegen ist die Erfolgsgruppe sehr klein und die Mittelgruppe der gelegentlich Rückfälligen stark aufge-

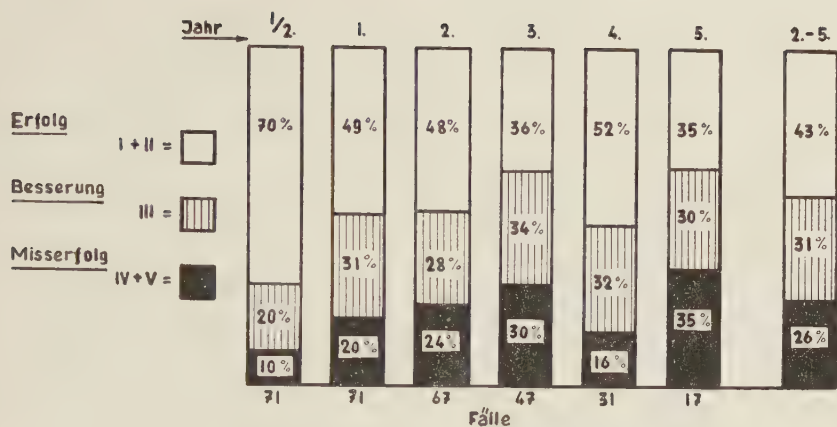


Fig. 13. Alter bei der Kur: 41-50 Jahre

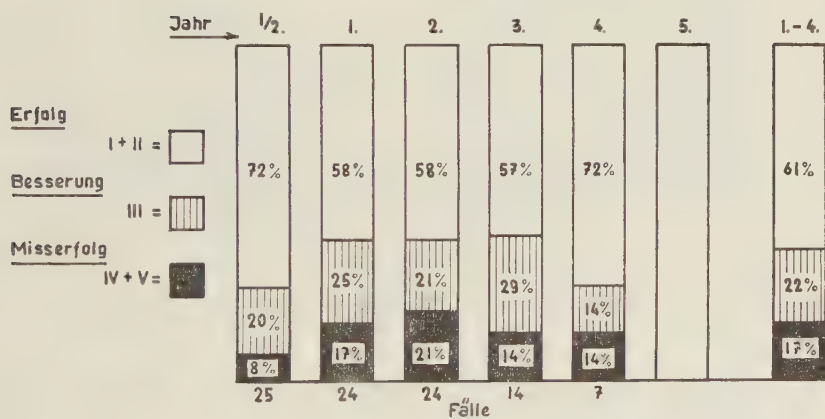


Fig. 14. Beginn des Alkoholismus: Über dem 40. Altersjahr

bläht. Ein entgegengesetztes Verhalten zeigen die 30-40-jährigen, die etwa gleichviel Erfolge haben wie der Durchschnitt, jedoch bedeutend häufiger schwer rückfällig werden. Die Mittelgruppe ist dementsprechend klein. Daß die Patienten unter dem 30. Alterjahr ein prognostisch ungünstiges Material darstellen, ergibt sich u.a. daraus, daß Psychopathien und andere auffallende Charaktere unter ihnen häufiger sind als bei den älteren Trinkern. Doppelt so häufig begehen sie Suicidversuche. Trotz ihrer Jugend waren 17% (Durchschnitt 14%) vor dem Klinikaufenthalt bereits einmal in einer Arbeitsanstalt oder Trinkerheilstätte versorgt. Auch die Kriminalität hat mit 43% bereits den Durchschnittsstand erreicht.

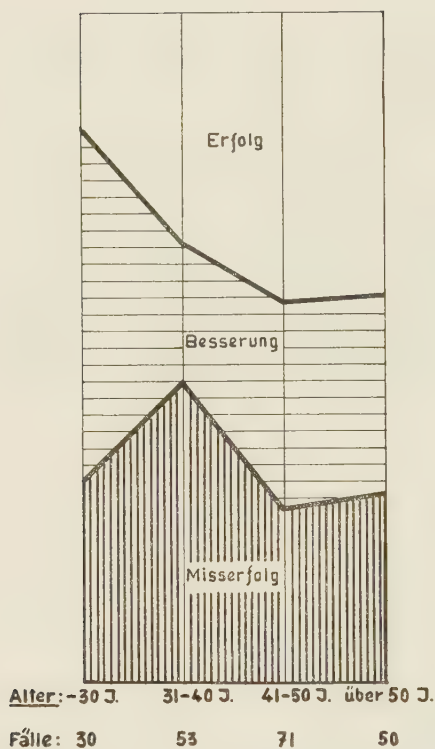


Fig. 15. Abhängigkeit der Erfolge vom Alter der Patienten

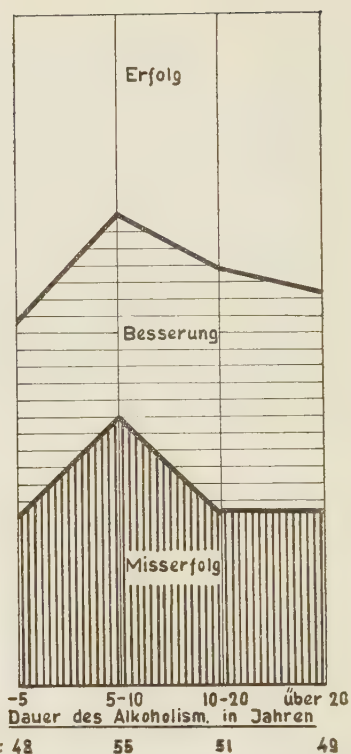


Fig. 16. Abhängigkeit der Erfolge von der Dauer des Alkoholismus

Die Jugendlichen neigen somit zu gelegentlichen, die 30-40-jährigen zu schweren Rückfällen.

Über dem 40. Altersjahr bessert sich die Prognose beträchtlich. Bei sich durchschnittlich verhaltender Mittelgruppe nehmen die Mißerfolge zu Gunsten der Erfolge ab. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Patienten über dem 50. Altersjahr. Fig. 15 führt diese Gegebenheiten deutlich vor Augen.

Je später der Beginn des Alkoholabusus, um so besser die Prognose. Fig. 14 zeigt den günstigen Verlauf bei Suchtbeginn über dem 40. Altersjahr.

Welche Bedeutung hat die Dauer des Alkoholabusus für die Prognose? Fig. 16 zeigt, daß die Patienten mit einer Suchtdauer von 5 bis 10 Jahren die schlechteste Prognose haben. Die Resultate der Frühfälle mit einer Suchtdauer bis zu fünf Jahren differieren nicht von denen mit einer Dauer über 10 Jahren, was die allzu optimistischen Befürworter einer Früherfassung des Alkoholismus enttäuschen wird. Unter diesen Frühfällen finden wir etwa

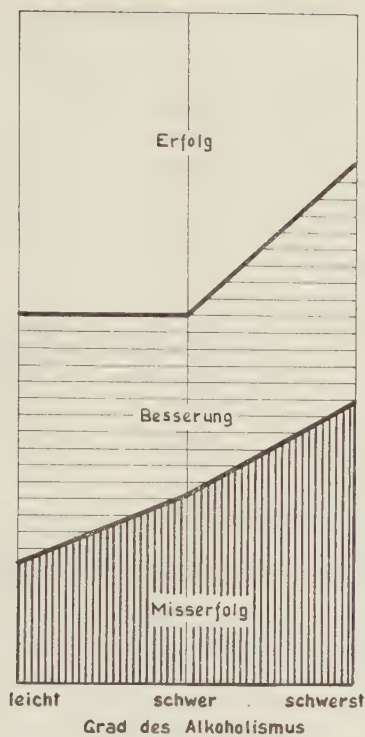


Fig. 17. Abhängigkeit der Erfolge vom Schweregrad des Alkoholismus

gleichviel Psychopathen und Vorbestrafte wie durchschnittlich; gerichtsärztlich untersucht wurden 17 %, Polizeibußen eingefangen haben 33 %.

Trinkursachen und Trinkgewohnheiten

Die *normalen, unkomplizierten Genußtrinker* verzeichnen die beste Prognose; auf sie folgen die endogenen, exogenen sowie die Erleichterungstrinker. Die beiden Mittelgruppen (exogen-endogen gemischt und abnorme Genußtrinker) haben die schlechtesten Erfolgsaussichten; dies wohl, weil bei diesen Typen, wie wir im ersten Teil unserer Arbeit darzulegen versuchten, charakterneurotischen Momenten im Verein mit aktuellen Konflikten eine Teilkausalität an der Suchtgenese zuzuschreiben ist.

Die Trinkgewohnheiten haben im allgemeinen keinen großen Einfluß auf die Prognose. Einzig die *reinen Weintrinker* (n: 46) haben eine merklich bessere Prognose als die *reinen Biertrinker* (n: 66).

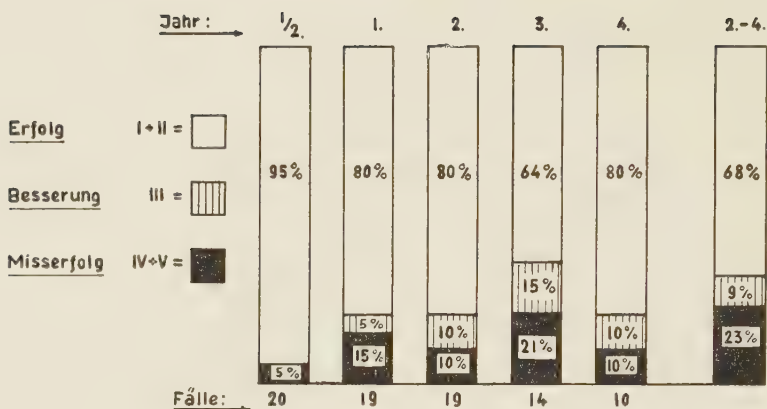


Fig. 18. Jetziges familiäres Milieu günstig

Schweregrad des Alkoholismus und alkoholische Schäden

Fig. 17 zeigt die Abhängigkeit des Erfolges vom *Schweregrad* des Alkoholismus. Die Verschlechterung der Resultate zeigt sich vorerst nur in den Mißerfolgen; schwere Alkoholiker haben gleich viel Erfolge wie die leichten. Erst bei den schwersten Trinkern sinken auch die Erfolge ab.

Psychisch oder sozial Geschädigte verzeichnen eine doppelte Mißerfolgsquote als die Ungeschädigten. Die somatisch nicht Geschädigten (die ungünstige Gruppe der unter 30jährigen wurde ausgeschlossen) haben gleiche Erfolge und Mißerfolge wie die somatisch mittelgradig Geschädigten. Ein leichter körperlicher Schaden erhöht dagegen – vielleicht durch den Abschreckungsfaktor – die Erfolge und reduziert die Mißerfolge.

Kindheitsmilieu und jetziges familiäres Milieu

Die Mißerfolge bei günstigem Kindheitsmilieu sind höher als bei gestörtem. Wir stehen hier vor einem analogen Phänomen wie bei der Tatsache, daß die intellektuellen Berufe eine ausgesprochen schlechte Prognose aufweisen. Eine mehr oder weniger gestörte Kindheit ist bei unserem Patientenmaterial sozusagen die Norm. Die Suchtanfälligkeit bei günstiger Kindheit ist gering. Bloß 14% unserer Trinker verzeichnen günstige kindliche Milieuverhältnisse. Kommt es nun trotz diesen günstigen Voraussetzungen zu einer Alkoholsucht, verbunden mit sozialem Abgleiten, sind besonders ungünstige Trinkursachen anzunehmen – wie konstitutionelle Abartigkeiten oder schwere Konflikte –, die ihrerseits die Prognose verdüstern.

Das nächste Diagramm (Fig. 18) zeigt den Verlauf bei günstigen familiären Verhältnissen. Es ist das beste Gruppendiagramm der ganzen Untersuchung.

Konstitution, Nebendiagnosen und soziales Verhalten

Der syntonere und anpassungsfähigere Charakter der Pykniker verbessert auch ihre Erfolgsaussichten, die etwas besser sind, als diejenigen der Leptosomen. Die Häufigkeit der Psychopathien nimmt vom Pykniker über den Mischtyp zu den Leptosomen immer mehr zu. Die Athletiker nehmen insofern eine Sonderstellung ein, als sich unter ihnen psychisch Auffällige in durchschnittlicher Häufigkeit finden, Psychopathen dagegen am wenigsten von allen Konstitutionstypen. Dies zeigt die folgende Zusammenstellung.

	Psycho- pathen	Diskordant Normale
Pykniker	24%	59%
Mischtyp	29%	66%
Leptosome	43%	85%
Athletiker	21%	71%
Durchschnitt	31%	72%

Psychopathen zeigen kaum weniger Erfolge, dagegen auf Kosten der Mittelgruppe ein gutes Drittel mehr Mißerfolge als die Nichtpsychopathen. Im Gegensatz dazu finden wir bei den *Debilen* eine relativ große Mittelgruppe und kleinere Extremgruppen. Dies spiegelt die Beeinflußbarkeit und Inkonsequenz der Intelligenzschwachen wider.

Wir finden auch die gute Prognose der Patienten mit durchgemachter *alkoholischer Psychose* bestätigt. Bezüglich Erfolgen halten sie sich am Durchschnitt. Mißerfolge sind dagegen weniger häufig. Bei den *Deliranten* sind die Besserungen (Mittelgruppe) doppelt so stark vertreten wie beim Durchschnitt. Patienten mit Neigung zu *abnormen Räuschen* verhalten sich entsprechend den übrigen Alkoholikern, neigen allerdings zu Spätrückfällen.

Das *soziale Verhalten* vor der Kur hat in jeglicher Beziehung Einfluß auf die Prognose. Patienten, die vor der Kur keinen Kontakt mit dem Gerichtsarzt hatten, verzeichnen ein Drittel mehr Erfolge als gerichtsärztlich Voruntersuchte. Dieselben charakterlichen oder milieumäßigen Voraussetzungen, die zur Delinquenz führen, verschlechtern auch die Prognose der Vorbestraften, was sich in beiden Extremgruppen äußert. Am ungünstigsten stehen die Patienten da, die irgendwann vor der Kur in einer Arbeits- oder Trinkerheilanstalt versorgt werden mußten. Sie zeigen die Hälfte weniger Erfolge und die Hälfte mehr Mißerfolge als durchschnittlich. Fig. 19 zeigt deutlich die starke und frühe schwere Rückfälligkeit der Versorgten.

Der *Verlaufsdurchschnitt* dieser Gruppen beträgt

	Erfolge	Besserungen	Mißerfolge
Nicht gerichtsärztlich Untersuchte	39%	30%	31%
Gerichtsärztlich Untersuchte	29%	38%	33%
Versorgte	23%	29%	48%

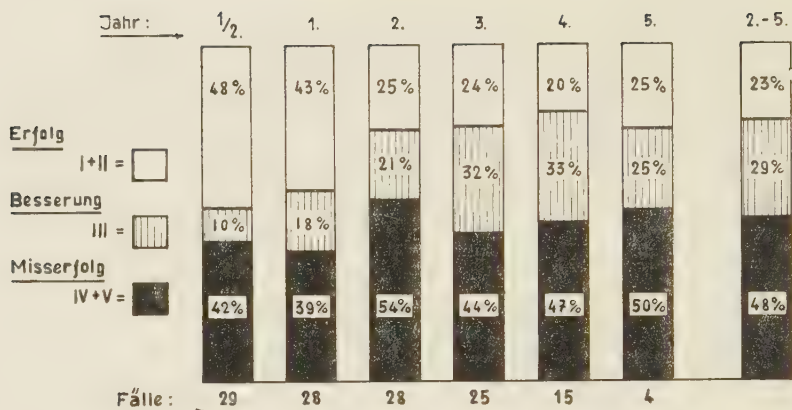


Fig. 19. Anstaltsversorgte (Trinkerheil- und Arbeitsanstalten) (22 Männer und 7 Frauen)

Die Resultate nach der üblichen, statischen Methode gewonnen verteilen sich wie folgt:

	Nicht Gerichts- ärztlich Untersuchte n: 121	Gerichts- ärztlich Untersuchte n: 69	Versorgte n: 28
I. Erfolge			
a) Dauernd abstinert	17 14%	10 15%	5 18%
b) Zeitweise abstinert, zeitweise mäßig trinkend ohne Rückfall. Sozial völlig saniert	13 11%	3 4%	— —
c) Nach einmaliger Rückfälligkeit (d.h. innert nur eines Jahres) wieder abstinert oder mäßig geworden	9 7%	5 7%	— —
Total Erfolge	39 32%	18 26%	5 18%
II. Sozial befriedigende Besserungen . .	37 31%	26 38%	11 39%
III. Mißerfolge	45 37%	25 36%	12 43%

Frl. D. Lerch hat 1958 in Basel bei 76 Versorgungsfällen, die mit Antabus behandelt worden sind, mit einer minimalen Beobachtungsdauer von 3 Jahren, 22.4 % positiv Beeinflusste gefunden und 60.5 % Mißerfolge.

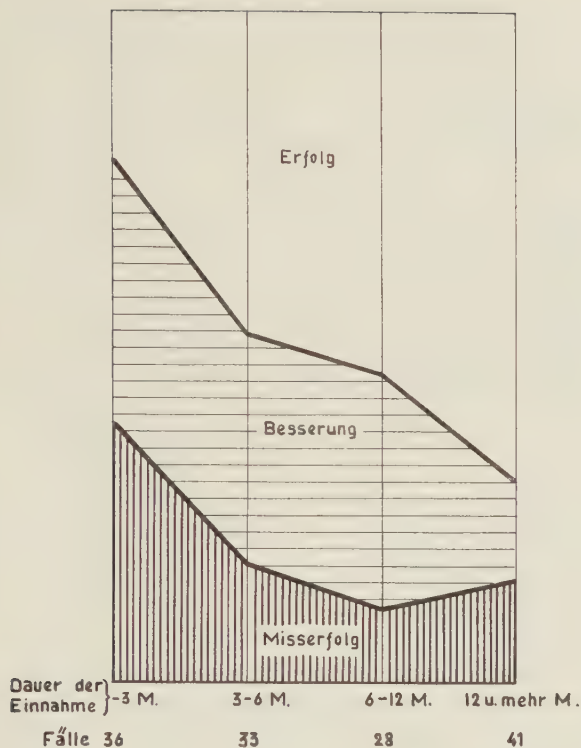


Fig. 20. Abhängigkeit der Erfolge von der Dauer der Antabuseinnahme

Einnahmedauer des Disulfiram

Wiedereintritte in die Klinik

Aus Fig. 20 ist die Abhängigkeit der Erfolge von der Dauer der Antabuseinnahme ersichtlich.

Wir fanden in der Gruppe von Patienten, welche die Antabuseinnahme *vor drei Monaten* abgebrochen haben, vor allem ledige, leichte, nicht geschädigte Trinker, also eher Frühfälle.

Die folgende Aufstellung bringt die Durchschnittsabweichungen jener 30 Patienten, die *zwei- und mehrmals in die Klinik aufgenommen* werden mußten. (Durchschnitt: D in Klammern.)

Frauen	40% (D 25%)
Zivilstand: ledig und geschieden	60% (D 37%)
Alter unter 40 Jahren	66% (D 41%)

<i>Suchtdauer</i> bis 5 Jahre	28% (D 24%)
5–10 Jahre	35% (D 26%)
über 10 Jahre	37% (D 50%)
<i>Exogene Trinker</i>	20% (D 35%)
<i>Normale Genußtrinker</i>	7% (D 14%)
<i>Erleichterungstrinker</i>	53% (D 39%)
<i>Kindheit</i>	
günstig	30% (D 14%)
genügend	20% (D 41%)
gestört	50% (D 45%)
<i>Jetzige Familie</i>	
günstig	9% (D 14%)
genügend	26% (D 34%)
gestört	65% (D 52%)
<i>Schweregrad des Alkoholismus</i>	
leicht	7% (D 13%)
schwer	52% (D 59%)
schwerst	41% (D 28%)
<i>Psychopathen</i>	60% (D 31%)
<i>Psychisch Auffällige</i>	87% (D 71%)
<i>Somatisch nicht Geschädigte</i>	47% (D 33%)
<i>Versorgte</i>	20% (D 14%)

Wir finden in dieser prognostisch ungünstigen Gruppe beinahe die Hälfte Frauen; ferner überdurchschnittlich viel Ledige und Geschiedene, 20–40-jährige sowie psychisch auffällige Persönlichkeiten und ein Überwiegen des psychoreaktiven Moments (Erleichterungstrinker, günstiges Kindheitsmilieu, gestörtes jetziges familiäres Milieu).

Fig. 21 stellt die gute Prognose derjenigen Patienten dar, die nach der Kur nicht mehr hospitalisiert werden müssen. Wir sehen auch hier ein Rückfallsmaximum im 2.–3. Jahr nach der Kur.

Die Abgabe des Disulfiram durch *Privatpersonen* hat, obwohl diese Fälle immer sorgfältig ausgesucht werden, etwas schlechtere Erfolge. Günstig erweist sich die Tabletteneinnahme beim Arbeitgeber.

Durchschnittsabweichungen

Abschließend geben wir eine Zusammenfassung der nach prognostischen Gesichtspunkten geordneten Untergruppen. Je nach dem prozentualen Grad der Durchschnittsabweichung haben wir vier Kategorien unterschieden.

1. + oder — über 60 % des Durchschnittswertes.
2. + oder — 40–60 % des Durchschnittswertes.
3. + oder — 20–40 % des Durchschnittswertes.
4. + oder — 15–20 % des Durchschnittswertes.

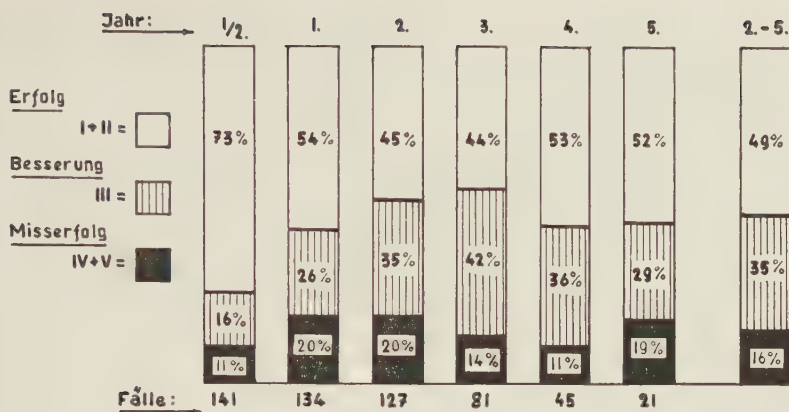


Fig. 21. Kein Wiedereintritt in die Klinik nach der Kur

Weil die Durchschnittswerte der drei Erfolgsgruppen zwischen 30 und 40 % liegen, also keine Extremwerte darstellen, erschien uns diese prozentuale Abstufung methodisch erlaubt.

Gesamtdurchschnitt (n: 204), Erfolg: 37 %, Besserung: 32 %, Mißerfolg: 31 %

Günstige Prognose	Erfolge	Besserung	Mißerfolge
1. Durchschnittsabweichung über 60% Beginn des Alkoholismus über dem 40. Jahr (n: 25)	61	22	17
Günstiges jetziges familiäres Milieu (n: 20)	68	9	23
Antabuseinnahme 6 Monate bis mehr als 1 Jahr (n: 69)	64	23	13
2. Durchschnittsabweichung 40-60% Alkoholismus leichten Grades (n: 28) .	45	37	18
Psychisch nicht Geschädigte (n: 57) .	46	36	18
Normale Genußtrinker (n: 26)	52	30	18
Reine Weintrinker (n: 46)	46	37	17
Antabuseinnahme 3-6 Monate (n: 33) .	48	34	18
Kein Wiedereintritt in die Klinik (n: 141)	49	35	16
3. Durchschnittsabweichung 20-40% Beginn des Alkoholismus 31.-40. Lebensjahr (n: 56)	44	33	23
Sozial nicht Geschädigte (n: 107) . .	42	34	24
Somatisch leicht Geschädigte (n: 81) .	47	26	27
Periodische und Wochenendtrinker (n: 36)	46	23	31
Alleintrinker (n: 41)	49	27	24
Hausfrauen (n: 24)	33	45	22
Pykniker (n: 44)	42	37	21

Günstige Prognose	Erfolge	Besserung	Mißerfolge
Alkoholpsychosen (n: 20)	37	40	23
Antabusabgabe durch Arbeitgeber (n: 20)	49	30	21
4. Durchschnittsabweichung 15–20%			
Alter zwischen 41 und 50 Jahren (n: 71)	43	31	26
Dauer des Alkoholismus bis 5 Jahre (n: 48)	41	34	26
Dauer des Alkoholismus über 10 Jahre (n: 100)	40	34	26
Frauen (n: 51).	44	30	26
Ungünstige Prognose			
1. Durchschnittsabweichung über 60%			
Zwei und mehr Wiedereintritte (n: 29)	21	19	60
2. Durchschnittsabweichung 40–60%			
Alter bis 30 Jahre (n: 30)	17	53	30
Alter von 31–40 Jahre (n: 53)	34	21	45
Alkoholismus schwersten Grades (n: 52)	22	36	42
Anstaltsversorgung vor der Kur (n: 29)	23	29	48
Sozial Höhergestellte (n: 12)	21	35	44
Ein Wiedereintritt nach der Kur (n: 33)	18	33	49
Antabuseinnahme 0–3 Monate (n: 36)	22	39	39
3. Durchschnittsabweichung 20–40%			
Zivilstand: getrennt, geschieden, ver- witwet (n: 39)	27	31	42
Dauer des Alkoholismus 5–10 Jahre (n: 55)	31	29	40
Psychopathen (n: 65).	35	26	39
Sozial geschädigte (n: 95)	31	29	40
Patient mit vorhergegangener gerichts- ärztlicher Untersuchung oder Versor- gungsandrohung (n: 83)	29	38	33
Antabuseinnahme wiederholt mit Un- terbruch (n: 63)	23	36	41
4. Durchschnittsabweichung 15–20%			
Beginn des Alkoholismus vor dem 30. Jahr (n: 122)	30	33	37
Gestörtes jetziges familiäres Milieu (n: 91)	30	34	36
Intelligenzschwäche (n: 23)	30	42	28
Neurose (n: 9)	31	38	31

Schlußerwägungen

In der psychiatrischen Klinik Basel werden grundsätzlich alle Alkoholkranken, sofern keine schweren Kontraindikationen vorliegen, einer Antabuskur unterzogen. Aus psychischen Gründen wird kaum einmal von einer Kur abgesehen, weil man auch einem prognostisch ungünstigen Trinker, der bei-

spielsweise vor der Wiederversorgung steht, eine letzte Chance geben will. Wir haben in unsere Arbeit ausnahmslos alle baselstädtischen Alkoholkranken einbezogen; Patienten, die nach einigen Jahren starben, wegzogen oder versorgt werden mußten, sind bis zu ihrem Ausscheiden ebenfalls in der Verlaufsdarstellung berücksichtigt worden.

Der kleine Prozentsatz von rein Freiwilligen beweist, daß der Großteil unserer Trinker neben oder wegen ihrer Trunksucht gewichtige Störungen ihrer sozialen Beziehungen aufweist. Zwischen letzteren und dem Alkoholismus besteht häufig weniger ein Kausalzusammenhang als eine Parallelität, denken wir nur an den großen Prozentsatz der Vorbestraften und der psychisch Auffälligen. Die Trunksucht bringt diese Beziehungsgestörten erst völlig aus dem sozialen Gleichgewicht. Andererseits gelingt es, sie durch die Abstinenz zu resozialisieren. Ein psychisch völlig Gesunder kann sich sehr wohl im Laufe der Jahre durch einen exogenen Genußalkoholismus körperlich schwer schädigen. Wenn er jedoch die Familie vernachlässigt und mit den Behörden in Konflikt kommt, setzt das bestimmte persönliche Störungen körperlicher oder seelischer, konstitutioneller oder erworbener Art voraus. (Ein «bloß» körperlich erkrankter Trinker, der nicht unter dem Druck einer sozialen Schädigung in Bezug auf Familie oder Beruf steht, ist erfahrungsgemäß schwer in eine Klinik zu bringen.) Unter diesen persönlichen Störungen, die den Trinker erst zu einem «sozial Kranken» machen, sind neben den bereits besprochenen persönlichkeitsgebundenen Entstehungsbedingungen, welche den Alkoholmißbrauch eingeleitet haben, die durch die alkoholische Vergiftung erworbenen Störungen zu nennen, welche die Trunksucht unterhalten. Neben dem allgemein-menschlichen Drang nach Wiederholung erlebter Lust und dem Bestreben, die durch den Gebrauch des Genuß- und Rauschmittels zugleich erzeugte Unlust (Kater, Abstinenzerscheinungen) durch erneute Berauschung zu vertreiben (*Dukor* [14]), bestehen die eigentlichen Störungen einmal in den alkoholischen Charakterveränderungen, welche, je ausgeprägter sie sind, um so mehr den Alkoholismus begünstigen (*Staezelin* [19]). Die von verschiedenen Autoren beobachteten Stoffwechselstörungen werden wohl größtenteils eher für die Fortentwicklung der Sucht als für deren Entstehung verantwortlich sein. Man erfährt jedenfalls oft von abstinent gewordenen Trinkern, daß sowohl Durst wie Verstimmungen nachgelassen hätten. Der Kontrollverlust, die «Unfähigkeit nach dem ersten Glas aufzuhören», dürfte eher auf psychische Ursachen zurückzuführen sein. Die Überlegung *Staezelins* (19), daß viele Spieler und Verbrecher (und Lügner) ebenfalls diese Unfähigkeit zum Aufhören zeigen, wird ergänzt durch die Tatsache, daß alle diese Verhaltensweisen gehäuft gleichzeitig anzutreffen sind.

Aus der Erkenntnis, daß der Alkoholismus ein sozial-medizinisches Problem darstellt – mit der Betonung auf sozial –, ergeben sich Richtlinien für die Behandlung der Trinker und für die Beurteilung der Resultate.

Das dringlichste äußere Ziel der Trinkerbehandlung ist die Resozialisierung. Das ärztliche Ideal bleibt sicher immer, dieses Ziel möglichst mittels einer

medizinischen, psychiatrischen «Heilung» zu erreichen, d.h. danach zu streben, den früheren Alkoholiker durch eine geeignete Therapie derart zu wandeln, daß er kein Alkoholiker mehr ist. Meist werden wir uns aber leider damit begnügen müssen, aus einem trinkenden einen nichttrinkenden oder mäßig trinkenden Alkoholiker zu machen. Aus diesem Grund sprechen wir in unserer Arbeit von Erfolgen und nicht von Heilungen. Selbst wenn ein Alkoholsüchtiger jahrelang nicht trinkt oder sogar als Bekehrung imponiert und andere Leidensgenossen auf den rechten Weg zu führen sucht, ist er nie vor einem Rückfall gefeit. Es hat Präsidenten von Abstinenzvereinen gegeben, frühere Trinker, die nach der Versammlung das Hochgefühl ihrer sozialen Mission an einigen Gläsern Wein gestärkt haben und seit Jahren wieder schwer rückfällig sind. Jeder Trinker behält seine schwache Stelle, gebildet durch jene Dispositionen, Verhaltensweisen und Reaktionsbereitschaften, die ihn früher unter gewissen äußeren Umständen zum Alkoholiker gemacht haben. Sicher gibt es unzählige Trinker, die dank ihrer Einsicht und ihrem guten Willen, sowie einem oft überragenden Einsatz von Fürsorgeinstanzen völlig resozialisiert sind und nicht mehr trinken. Das sind prächtige Erfolge, aber meist keine medizinischen Heilungen. Solche setzen eine derartige innere Wandlung der Persönlichkeit voraus, wie sie wohl nur in den seltensten Fällen erreicht werden kann. Das gefundene soziale Gleichgewicht bleibt meist labil. Die Trunksucht bleibt somit in vielen Fällen, und nicht bloß bei den primär Süchtigen, während der Alkoholabstinenz nur latent und verschwindet nie ganz (Stachelin, Wlassak, Gabriel).

Neben der *Psychotherapie* und neben der während der *Zwangsabstinenz* sich steigernden *Einsicht* des Patienten ist eine nicht geringe Bedeutung der *Gewöhnung* beizumessen. Es ist der große Vorteil der Antabusbehandlung, daß der Patient gezwungen ist, in der ihm gewohnten Umgebung, im Kontakt mit den bekannten Kollegen abstinent zu leben, wobei er denselben ungünstigen Einflüssen und Gefahren wie früher ausgesetzt ist. Notgedrungen müssen neue Gewohnheiten eingeschliffen werden, die dann sehr stabilisierend wirken können. Ein weiterer Vorteil der Disulfiram-methode ist mit der Möglichkeit gegeben, die Kur jederzeit wieder ambulant aufzunehmen. Dies geschieht sehr häufig aus freien Stücken. Wir haben Patienten, die mit geringen Unterbrüchen seit Jahren ihr Antabus einnehmen. Gerade in diesen Fällen zeigt sich der soziale Wert der Methode. Medizinisch sind diese Trinker natürlich keineswegs geheilt, wahrscheinlich auch kaum gebessert. Doch dank einem gewissen sozialen Druck von Seiten der Ehefrau, der Behörden oder des Arbeitgebers gelingt es diesen Patienten mit Hilfe von Antabus, einer regelmäßigen Arbeit nachzugehen und für den Unterhalt der Familie aufzukommen. Die Angehörigen wären sonst schon längst armengemässigt und der Patient versorgt. Einsicht und guter Wille vieler Alkoholkranken reichen teils zeitweise, teils auch dauernd zwar nicht zur Spontanabstinenz, aber zur Antabuseinnahme.

Wenn wir abschließend unsere Kurresultate mit jenen anderer Behandlungsmethoden vergleichen wollen, müssen wir uns einige wichtige, bereits erwähnte Tatsachen in Erinnerung rufen.

1. Wir haben bei unserer Untersuchung keine Auslese getroffen, z.B. auch jene Fälle miteinbezogen, die nach ihrer 2–4-wöchigen Kur in der Klinik nie oder kaum Antabus eingenommen haben.
2. Das Patientenmaterial einer psychiatrischen Klinik stellt eine negative Auslese dar.
3. Wenn trotzdem $\frac{2}{3}$ unserer Patienten als mit befriedigendem Ergebnis beeinflußt angesehen werden können, so ist das andererseits auch wieder nicht nur der Disulfiramverabreichung zuzuschreiben. Der größte Teil unserer Trinker wird von der Alkoholberatungsstelle betreut oder von unserer Poliklinik ärztlich kontrolliert. Man kann also sagen, das Disulfiram helfe die Quote der fürsorgerischen Mißerfolge, die nach einer Untersuchung der Basler Verhältnisse durch *W. Widmer* (23) 56 % beträgt, auf 36 % hinunterzudrücken.

Nachstehend sind die Kurerfolge einiger Heilstätten und Fürsorgestellen, sowie die Resultate der Apomorphinbehandlung aufgeführt.

	2 Jahre abstinent	Besserung	Mißerfolge	Unbekannt
<i>Heilstätten</i>				
Deutschland 25 offene und geschlossene Heil- stätten (n: 1630)	26.5%	31.0%	27.8%	20.1%
Ellikon (n: 354)	30.5%	7.6%	47.2%	14.7%
<i>Fürsorgestellen</i>				
Zürich (n: 94)	5.3%	20.2%	48.9%	
Basel (n: 374)	25.1%	19.3%	55.6%	
<i>Apomorphinkur</i> (Feldmann) n: 500	30%	15.2%		

Egli errechnete 1947 für die Trinkerheilstätte Ellikon einen vollen und teilweisen Erfolg von 54.7 %. Dauernd abstinent geblieben sind 25 %. Die bloß 14 % dauernd Abstinente unseres Antabusmaterials nehmen sich dagegen eher bescheiden aus. Die Dauer der Zwangsabstinenz ist von entscheidender Bedeutung. Das ergibt sich aus der folgenden Zusammenstellung, die alle diejenigen Patienten enthält (n: 69 = 34 %), die *ein halbes bis mehr als ein Jahr* mehr oder weniger regelmäßig Antabus eingenommen haben.

I. Erfolge

- a) dauernd total abstinent 32%
- b) mäßig trinkend ohne Rückfall 13%
- c) nach einmaligem Rückfall wieder abstinent
geworden 4%

d) nach einmaligem Rückfall wieder mäßig geworden	4%
Total Erfolge	53%
II. Besserungen	28%
III. Mißerfolge	19%

Ohne die Bedeutung der fürsorgerischen und ärztlichen Einflußnahme herabzusetzen, scheint es, daß während einer mehrmonatigen Abstinenz völlig autonom psychische und vielleicht auch körperliche Umwandlungsprozesse in Gang kommen, welche die spätere spontane Abstinenz umso stärker garantieren, je länger die Zwangsabstinenz gedauert hat.

Es wäre von Bedeutung zu wissen, wie sich der Alkoholismus spontan ohne jeglichen Eingriff von außen entwickelt. F. Lemere hat in den USA die Lebensgeschichte von 500 Alkoholikern nach ihrem Ableben untersucht. Er kam zu folgenden Resultaten.

57 % haben im selben Ausmaß bis zum Tode weitergetrunken.

10 % konnten die Trunksucht teilweise beherrschen.

22 % hörten infolge Krankheit auf zu trinken.

11 % ließen das Trinken aus anderen Ursachen, davon 7 % aus eigener Willenskraft.

Die Spontanentwicklung liegt somit nach dieser Arbeit etwa bei einem Drittel Gebesserten und zwei Drittel Ungebesserten, allerdings auf ein höheres durchschnittliches Alter bezogen.

Die Erkenntnis, daß eine wirkliche kausale Therapie des chronischen Alkoholismus nur in sehr vereinzelt Fällen möglich ist, kann natürlich das ärztliche Denken nicht befriedigen. Mit der Bescheidung auf eine symptomatische Behandlung der Trunksucht, wobei das Nahziel in einer möglichst weitgehenden Resozialisierung besteht, finden andererseits jene, die sich mit Alkoholikern zu befassen haben, eine ausfüllende und befriedigende Aufgabe, deren Resultate nicht einfach mit nackten Erfolgsziffern ausgedrückt werden können.

Der Schwerpunkt eines *kausal*en Angehens des Alkoholproblems liegt wohl eher auf dem Gebiet der Prophylaxe im weitesten Sinn mit Einbezug der zwischenmenschlichen Beziehungsstörungen in Kindheit, Familie und Beruf.

Zusammenfassung

Von den ca. 500 seit 1949 in der psychiatrischen Klinik in Basel mit Disulfiram behandelten chronischen Alkoholikern wurden 224 Patienten, das sind die in den Jahren 1953–56 entlassenen bezüglich Entstehungsbedingungen des Alkoholismus und Kurresultaten untersucht. Alle im Kanton Basel-Stadt wohnhaften Patienten, 153 Männer und 51 Frauen (25 %) konnten erfaßt werden, während von den 45 in diesen vier Jahren behandelten außerkantonalen Trinkern bloß 21 Kurresultate vorliegen. 5 % sind während der 2 bis

5jährigen Beobachtungszeit gestorben, die meisten durch Unfall oder Suicid. Aus den Entstehungsbedingungen bei unserem klinischen Material, das meist infolge eines eingetretenen oder drohenden *sozialen Versagens* in Familie oder Beruf hospitalisationsbedürftig geworden ist, kann nicht ohne weiteres auf die Art des *Volksalkoholismus* geschlossen werden. Ob der Alkoholismus im *Zunehmen* begriffen ist, kann schwer beantwortet werden. Sicher wird er immer mehr zum Problem, weil die *Toleranz der Sozietät* gegenüber den Auswirkungen des chronischen Alkoholismus im Abnehmen begriffen ist, und zwar infolge der durch die antialkoholische Aufklärung beeinflussten öffentlichen Meinung, der erhöhten Anforderungen des modernen Berufslebens und nicht zuletzt infolge des erhöhten Selbstbewußtseins der modernen Frau, die heute eher zu Rechtsmitteln und anderen Druckmöglichkeiten greift als früher.

57 % treten *freiwillig* in die Klinik ein, zwei Drittel davon allerdings unter dem Druck des Gerichtsarztes, des Arbeitgebers oder der Ehefrau.

Die Bedeutung des *exogenen, beruflichen Faktors* für die Genese der Trunksucht erhellt aus der Tatsache, daß aus dem Baugewerbe und dem Gastgewerbe viermal mehr Patienten stammen, als es dem prozentualen Anteil dieser Berufsgruppen am Bevölkerungsdurchschnitt entspricht. Trotzdem sind bloß 18 % der Männer und 2 % der Frauen unkomplizierte, normale Genuß- und Gewohnheitstrinker.

Der Anteil *persönlichkeitsgebundener Ursachen* des chronischen Alkoholismus wird aus den folgenden Gegebenheiten ersichtlich. Unter den Männern finden sich viermal und bei den Frauen achtmal mehr Geschiedene und Getrennte als in der Durchschnittsbevölkerung. In beinahe der Hälfte der Fälle ist die Kindheit grob gestört; in bloß 14 % kann sie als günstig bezeichnet werden. In 66 % ist das familiäre oder das berufliche Milieu gestört, wobei nach Möglichkeit von den Störungen, die als Folgen des Alkoholismus auftraten, abgesehen wurde. Etwa 10 % leiden an endogenen Verstimmungen. Drei Viertel müssen als psychisch auffällig und 31 % als psychopathisch bezeichnet werden. Die Tatsache, daß ein Drittel der Männer und über die Hälfte der Frauen zwischen dem 30. und dem 50. Lebensjahr, der Zeit der auftauchenden, schweren Lebenskonflikte, zu trinken beginnen, betont die Bedeutung der gestörten, aktuellen Situation für die Genese der Trunksucht. Dasselbe ergibt sich aus dem hohen Prozentsatz der Erleichterungs- und Betäubungstrinker ($\frac{1}{3}$ der Männer und $\frac{2}{3}$ der Frauen); bei dieser Gruppe entsteht der Alkoholismus zwar meist auf dem Boden einer konstitutionellen oder neurotischen Abartigkeit, wird jedoch sehr häufig erst durch eine chronische aktuelle Konfliktsituation ausgelöst.

Eigentümlich sind die Beziehungen zur *Kriminalität*. Trinker und Trinkerinnen sind viermal häufiger vorbestraft als der Bevölkerungsdurchschnitt, wobei die Vermögensdelikte im Vordergrund stehen. Wie bei den Kriminellen tritt auch bei den Alkoholikern der pyknische Konstitutionstyp zu Gunsten des athletischen an Häufigkeit zurück.

Zum Problem der *Früherfassung* der Alkoholiker ergeben sich folgende statistische Ergebnisse. Bloß ein Viertel derjenigen, die vor dem 30. Altersjahr

zu trinken beginnen, absolvieren die Entziehungskur ebenfalls vor dem 30. Jahr. Ein Viertel unserer Fälle weist eine Trinkdauer bis zu 5 Jahren auf. Jedoch sind zwei Drittel dieser Frühfälle über 30 Jahre alt. Unter den 20–30-jährigen finden sich übermäßig viel Psychopathen und sonstige prognostisch ungünstige Fälle. Ohne sozialen Druck ist ein Frühfall nur schwer zu einer Entziehungskur zu überzeugen. Sobald somatische Schäden, Intoleranzerscheinungen und dergleichen bestehen, wächst die Einsicht in die Notwendigkeit einer Kur, und damit bessert sich auch die Behandlungsprognose. Die «*Halbwertszeit*» der somatischen, psychischen und sozialen alkohologenen Schädigung beträgt etwa fünf Jahre. Mit diesem Zeitpunkt sind 50 % der Trinker auf allen drei Gebieten geschädigt.

Katamnese

Während des Aufenthaltes in der Klinik wird individuell und in Gruppen *Psychotherapie* und *Sozialtherapie* (Sanierung der häuslichen Verhältnisse, der Ehe, des Berufes usw.) geleistet oder doch versucht. Eine Psychoanalyse kommt nur bei ausgesprochenen Neurotikern in Frage.

Die *Einnahme des Disulfiram* nach der Entlassung erfolgt, wenn möglich, zentralisiert (Poliklinik, Beratungsstelle) oder durch den Arbeitgeber, nur in Ausnahmefällen durch Privatpersonen oder praktizierende Ärzte. Neben der ärztlichen und fürsorgerischen Kontrolle treffen sich die Entlassenen allwöchentlich unter Leitung eines Fürsorgers in einem alkoholfreien Restaurant. Die Klinik, Poliklinik und die Beratungsstelle für Alkoholkranke, die ihrerseits wieder mit den Abstinenzvereinen eng verbunden sind, arbeiten unter einheitlicher Leitung bei regelmäßigen Besprechungen intensiv zusammen.

Wenn auch grundsätzlich von den Kurpatienten gefordert wird, sich auf die Dauer eines Jahres zur Disulfirameinnahme zu verpflichten, nimmt in praxi ein Drittel der Patienten das Medikament nur bis zu einem halben Jahr ein, ein Drittel ein halbes bis mehr als ein Jahr und das restliche Drittel wiederholt mit Unterbrüchen, oft über Jahre hinaus. Die Gründe des vorzeitigen Absetzens der Einnahme sind außer in der Rückfälligkeit der Ungebesserten im Auftreten gewisser Nebenerscheinungen und im meist täuschenden Selbstvertrauen – häufig von Freiwilligen – zu erblicken.

12 % der Männer und 20 % der Frauen hielten sich bei einer Beobachtungszeit von 2–5 Jahren dauernd abstinenter. Zählen wir die gelegentlich mäßig trinkenden und die nach einmaligem Rückfall wieder abstinenter oder mäßig gewordenen Patienten dazu, kommen wir bei Männern und Frauen auf eine Erfolgsziffer von 30 %. Weitere 33 % können als sozial befriedigende Besserungen bezeichnet werden und 37 % als Mißerfolge (d.h. dauernd schwer rückfällig oder nur zeitweise gebessert). Zwei Drittel konnten somit positiv beeinflußt werden.

Ob die Patienten freiwillig oder zwangsweise eingetreten sind, spielt eine nur geringe Rolle für die Prognose.

Unter den Berufen verzeichnen vor allem Fabrikarbeiter und überraschenderweise die Vertreter des Gastgewerbes günstige Resultate, während die Bauarbeiter prognostisch schlecht dastehen. Die intellektuellen und selbständigen Berufe inkl. Büroangestellte weisen ausgesprochen schlechte Resultate auf, was mit den meistens sehr ungünstigen Entstehungsbedingungen der Sucht und der Schwierigkeit der Kontrolle bei diesen Fällen zusammenhängt.

Das mittlere und höhere Lebensalter (über 40 Jahre) hat eine wesentlich bessere Prognose als die jüngeren Jahrgänge. Bei einer Suchtdauer zwischen 5 und 10 Jahren finden sich die schlechtesten Resultate, während die Prognose der Frühfälle nur unbedeutend besser ist als diejenige der Patienten mit einer Suchtdauer über 10 Jahren.

Normale, unkomplizierte Genuß- und Gewohnheitstrinker haben die besten Erfolgsaussichten. Je betonter aktuelle Konflikte an der Genese des Alkoholismus mitbeteiligt sind, um so schlechter stellt sich die Prognose. Die besten Resultate der ganzen Untersuchung weisen infolgedessen Patienten mit günstigen familiären und beruflichen Verhältnissen auf. Geschiedene und Verwitwete zeigen eine große Mißerfolgsquote. Psychopathie verschlechtert die Prognose mehr als Debilität und Neurose.

Verglichen mit den Resultaten der Trinkerheilstätte ergibt sich bei unserem Material ein geringerer Prozentsatz von Totalabstinenten (14 % statt 25 %), dagegen eine wesentlich höhere Zahl von sozial befriedigenden Besserungen, was ein Charakteristikum der Disulfiram-methode darstellt, die zu jeder Zeit eine Wiederaufnahme der Kur gestattet.

Literaturverzeichnis

1. Bevölkerungsbewegung der Schweiz 1945-1948. Eidg. stat. Amt.
2. *Bleuler, M.*: Etiology of chronic Alcoholism. O. Diethelm, Springfield.
3. *Egli*, Bericht über die Kurerfolge der Trinkerheilstätte Ellikon a.d. Thur von 1928-1947. P. Gehring, Winterthur 1949.
4. Eidg. Volkszählung Basel-Stadt. Eidg. stat. Amt 1950.
5. *Finkelnburg*: Die Bestraften in Deutschland 1912.
6. *Frey, E.*: Der frühkriminelle Rückfallverbrecher. Verlag für Recht und Gesellschaft, Basel 1951, 166ff.
7. *Habernoll*: Das Problem des Alkoholismus. Berichte des Unterausschusses für Alkoholismus ... der WGO 1956. G. Thieme.
8. *Hoffmann, H.*: Jugend auf Abwegen. Verlag I. Schmidt, Gelsenkirchen.
9. *Janner, J.*: Praxis **35**, 726 (1953).
10. *Kretschmer, E.*: Körperbau und Charakter. 21./22. Aufl. 1955, 338.
11. *Künzler*: Resultate der Trinkerheilstätte Ellikon a.d. Thur 1930.
12. *Roch, M.*: Der Alkoholismus in der inneren Medizin. Beiheft Nr. 20 zur Alkoholfrage in der Schweiz 1950.
13. *Seelig, E.*: Lehrbuch der Kriminologie. Verlag Stoytscheff, Nürnberg/Düsseldorf **171**, 183 (1951).
14. *Slotopolsky-Dukor*: Gesundheit und Wohlfahrt **12**, 513 (1934).
15. *Solms*: Schw. med. Wschr. **81**, 343 (1951).
16. *Solms*: Münchner med. Wschr. **94**, 12/13 (1952).
17. *Solms*: Der Fürsorger **5** (1952).
18. *Staehelin*: Schw. med. Wschr. **62**, 893 (1932).
19. *Staehelin*: Schw. med. Wschr. **65**, 971, 1250 (1935).
20. *Staehelin und Solms*: Schw. med. Wschr. **81**, 295 (1951).
21. *Staehelin*: Schw. med. Jahrbuch 1952.
22. Statistisches Jahrbuch der Schweiz. 1930 u. 1950.
23. *Widmer, W.*: Die Bedeutung der Trinkerfürsorgestellen ... in Basel 1938.
24. *Wild*: in *Clostermann-Heller-Stephani*: Enzyklopädisches Handbuch des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge.
25. *Zurukzoglu u. Mitarbeiter*: Die alkoholbedingte Kriminalität in der schweizerischen Armee während des Aktivdienstes 1939-1945. Beiheft Nr. 29 zur Alkoholfrage in der Schweiz.

